|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ufolep-logo-cmjn-SAVOIE   |  | | --- | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ATTENTION :** | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| - Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du représentant légal | | | | | | | |
| du licencié mineur. | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| - Si vous avez répondu NON à toutes les questions, pas de certicat médical et | | | | | | | |
| fournir l'attestation ci-dessous au club. | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| - Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs réponses, le certicat médical est | | | | | | | |
| oligatoire pour l'obtention ou le renouvellement de la licence, | | | | | |  |  |
| illustrations, cliparts, dessins animés et icônes de icône de ciseaux dans le vecteur plat de modèle pour des apps, interface-u, sites web. illustration noire de vecteur d'icône - ciseaux   |  | | --- | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ------------------------------------------------------------------------------------------------------------ | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Attestation Questionnaire Santé UFOLEP** | | | | | | |  |
| **(Pour les mineurs)** | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Je soussigné : | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nom :…………………………………………………..Prénom :…………………………………… | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Représentant légal de l’enfant :……………………………………………………………………… | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Licence N°……………………………………………………Club : …………………………………. | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à sa demande | | | | | | | |
| de licence à l'UFOLEP pour la saison.............../…………… | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Atteste avoir répondu NON à toutes les questions. | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fait à………………………le…………………………. Signature | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |