

ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Pratiquant

Nom Prénom :

Date de naissance :

MAJEURS

Le pratiquant **était adhérent au club** lors de la saison sportive 2021-2022 et **son certificat médical est toujours valide** (date \geq 01/07/2020)



Le pratiquant remplit le questionnaire de santé Majeur

La réponse NON a été cochée à toutes les questions du questionnaire de santé :

- *La présente attestation est à compléter et à remettre au club avec le dossier d'inscription*

La réponse OUI a été cochée à au moins une question du questionnaire de santé :

- *Un certificat médical mentionnant « la non-contre-indication à la pratique du judo-jujitsu en compétition » daté au plus tôt du 01/07/2022 devra être fourni avec le dossier d'inscription*

Le pratiquant **n'était pas adhérent au club** lors de la saison sportive 2021-2022 **OU son certificat médical n'est plus valide** (date $<$ 01/07/2020)



Un certificat médical mentionnant la « non-contre-indication à la pratique du judo-jujitsu en compétition » daté au plus tôt du 01/07/2022 devra être fourni avec le dossier d'inscription

MINEURS

Le représentant légal remplit le questionnaire de santé Mineur avec le judoka

La réponse NON a été cochée à toutes les questions du questionnaire de santé :

- *La présente attestation est à compléter et à remettre au club avec le dossier d'inscription*

La réponse OUI a été cochée à au moins une question du questionnaire de santé :

- *Un certificat médical mentionnant « la non-contre-indication à la pratique du judo-jujitsu en compétition » daté au plus tôt du 01/07/2022 devra être fourni avec le dossier d'inscription*

Rappel : les réponses au questionnaire de santé relèvent de la seule responsabilité du licencié ou de son représentant.

POUR LES MAJEURS

Je soussigné(e) M/Mme (Prénom NOM) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé Majeur et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du sportif

POUR LES MINEURS

Je soussigné(e) M/Mme (Prénom NOM) , en ma qualité de représentant légal de (Prénom NOM) atteste avoir renseigné le questionnaire de santé Mineur et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal