

**ATTESTATION DE QUESTIONNAIRE DE SANTE - SAISON 2018/2019****LICENCIÉ**

NOM :		PRENOM :	
DATE DE NAISSANCE : / /		N° LICENCE :	

<input type="checkbox"/> J'étais adhérent à la FFJDA lors de la saison sportive 2017-2018 et mon certificat médical est toujours valide (date ≥ 01/07/2016).	<input type="checkbox"/> Je n'étais pas adhérent à la FFJDA lors de la saison sportive 2017-2018 ou mon certificat médical n'est plus valide (date ≤ 01/07/2016).
<p><i>Je remplis le questionnaire de santé QS- SPORT Cerfa N°15699*01 :</i></p> <input type="checkbox"/> J'ai répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Je date et signe la présente attestation que je transmets au Judo Club de Morigny-Champigny.</i></li> </ul> <input type="checkbox"/> J'ai répondu OUI à au moins une question du questionnaire de santé : <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Je fournis un certificat médical mentionnant « pas de contre-indication à la pratique du judo et du ju-jitsu en compétition » daté au plus tôt du 1<sup>er</sup> juillet 2018.</i></li> </ul>	<p>Je fournis un certificat médical mentionnant « pas de contre-indication à la pratique du judo et du ju-jitsu en compétition » daté au plus tôt du 1<sup>er</sup> juillet 2018.</p>

**RAPPEL : Les réponses au questionnaire de santé QS-SPORT relève de la seule responsabilité du licencié**

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM] ....., atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

**Date et signature du sportif**

**POUR LES MINEURS :**

Je soussigné M/Mme [Prénom NOM] ....., en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]....., atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

**Date et signature du représentant légal**