



**PRISE DE LICENCE
MAJEURS**

**ATTESTATION
QUESTIONNAIRE MEDICAL**

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]..... ,
atteste avoir renseigné le questionnaire médical et avoir répondu par la négative à l'ensemble des
rubriques , ou bien obtenu un certificat médical de non contre-indication, dûment signé par mon
médecin.*

Date et signature du sportif.