

## ATTESTATION SANTÉ POUR LE RENOUELEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FSCF POUR L'ANNÉE 2025-2026

Je, soussigné(e) : Nom

Prénom

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

/ /

Sexe ☐ Mas. ☐ Féminin

Atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à **TOUTES** les rubriques du questionnaire de santé.

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique ou sportive.

Le

/ /

Signature du pratiquant ou de son représentant légal

A

Le