



JUDO CLUB DE SURESNES

PRISE DE LICENCE MINEURS

ATTESTATION

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

Je soussigné M/Mme (Nom – Prénom)

en ma qualité de représentant légal de (Nom – Prénom)

Atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

(arrêté du 07mai 2021) et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal

LE QUESTIONNAIRE COMPLÉTÉ N'A PAS À ÊTRE PRÉSENTÉ, NI COMMUNIQUÉ, LORS DE L'INSCRIPTION (SECRET MÉDICAL), IL DOIT ÊTRE CONSERVÉ PAR LE REPRÉSENTANT LÉGAL