



## ATTESTATION DE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ FFJDA/FFKAMA/FFAAA/FFL/MDS

### LICENCIÉ

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :     /     /

N° LICENCE :

### J'étais licencié à la FFJDA/FFKAMA/FFAAA/FFL, assuré à la MDS lors de la saison sportive 2019-2020

Je remplis le questionnaire de santé QS-Sport fixé par arrêté du ministre chargé des sports daté du 20 avril 2017 (à conserver par l'adhérent).

J'ai répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.

Je date et signe la présente attestation que je transmets aux Arts Martiaux d'Asnières.

J'ai répondu OUI à au moins une question du questionnaire de santé.

Je fournis un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique de l'activité.

### Je n'étais pas licencié à la FFJDA/FFKAMA/FFAAA/FFL, assuré à la MDS lors de la saison sportive 2019-2020

Je fournis un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique de l'activité.

FFJDA: Judo-Jujitsu-Kendo-Taiso    FFKAMA: Karaté-Kung Fu    FFL: Grappling    FFAAA: Aikido  
MDS : Yoga-Pilates

### **RAPPEL**

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

Nom et prénom du signataire :

Date :     /     /

Signature :

Pour les mineurs, préciser père – mère – représentant légal

A remplir par les Arts Martiaux d'Asnières

Nom du médecin :

Date du certificat médical :     /     /

Licencié venant d'un autre club et ne pouvant présenter un certificat médical     OUI    NON

Certificat médical dans le passeport sportif     OUI    NON

Certificat médical pratique de la compétition     OUI    NON