



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

LICENCIÉ

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

N° LICENCE :

☐ **J'étais licencié à la FFJDA/FFKAMA/FFAAA, assuré à la MDS lors de la saison sportive 2024-2025**

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, assuré à la MDS lors de la saison sportive 2024-2025**

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

FFJDA: Judo-Jujitsu-Kendo FFKAMA: Karaté-Kung Fu FFAAA: Aikido MDS : Yoga-Pilates-Taïso

RAPPEL

Les réponses au questionnaire de santé QS-SPORT relèvent 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