

Certificat Médical

Je soussigné(e) Docteur, certifie avoir examiné ce jour Mr, Mme, Mx, né(e) le/...../....., et n'avoir constaté aucune contre-indication apparente à la pratique des **activités sportives** : **en loisir**

en compétition

Nombre de cases cochées : _____

Fait à	Cachet du médecin (OBLIGATOIRE avec N° RPPS)	Signature	Date

De plus, je certifie avoir constaté ce jour que Mr, Mme, Mlle ne présente ce jour aucune contre-indication apparente à la pratique de :

Ultimate Frisbee

Disc Golf

Guts

Surclassé(e)

Surclassé(e)

Surclassé(e)

Pratique dans la catégorie immédiatement supérieure.

Doublement Surclassé(e)

Doublement Surclassé(e)

Doublement Surclassé(e)

Pratique dans la catégorie au-dessus de la catégorie immédiatement supérieure

Nombre de cases cochées : _____

Fait à	Cachet du médecin (OBLIGATOIRE avec N° RPPS)	Signature	Date

Les licenciés(es) souhaitant obtenir une licence avec surclassement ou intégrer le Pôle France doivent présenter un certificat de non contre-indication à la pratique sportive datant de moins d'un an.

Attestation de réponse au questionnaire QS-Sport

Je soussigné(e) Mr, Mme, Mx , né le , atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et **avoir répondu par la négative** à l'ensemble des rubriques.

Fait à	Signature	Date

Attestation pour les mineurs

Je soussigné(e) Mr, Mme, Mx, , en ma qualité de représentant légal de , né le , atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et **avoir répondu par la négative** à l'ensemble des rubriques.

Fait à	Signature	Date