

# ATTESTATION QUESTIONNAIRE

## MEDICAL



*Vu le Code du Sport Article A. 231-1 et son Annexe II-22*

*Vu le Règlement Médical Fédéral*

*Vu le Règlement Administratif et Sportif de la F.F.P.J.P.*

Dans le cadre du renouvellement de ma licence à la F.F.P.J.P,

Je soussigné(e) M/Mme.....atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. A défaut, fournir un certificat médical datant de moins d'un an.

Pour les mineurs :

Je soussigné(e) M/Mme....., en ma qualité de représentant légal de....., atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. A défaut, fournir un certificat médical datant de moins d'un an.

Je suis informé que la responsabilité de la FFPJP et de ses organes déconcentrés ne peut être recherchée en cas d'erreur lors du renseignement du formulaire.

Fait à .....le .....

Signature du joueur (ou de son représentant légal) :

NB : A conserver par le Comité Départemental tout au long de la saison sportive en cours