ATTESTATION – QUESTIONNAIRE DE SANTE

Pour le renouvellement de la licence sportive FFST

Dans le cadre de la demande de renouvellement de ma licence auprès de la FFST, je soussigné atteste avoir rempli le questionnaire de santé fixé par arrêté du ministère chargé des sports daté du 20 avril 2017 et publié au Journal Officiel du 4 mai 2017.

Dans le respect du secret médical, je conserve strictement personnel ledit questionnaire et m’engage à remettre la présente attestation au club au sein duquel je sollicite le renouvellement de la licence.

Conformément aux dispositions de l’article D. 231-1-4 du Code du Sport,

|  |  |
| --- | --- |
| J’ai répondu NON à chacune des  Rubriques du questionnaire | J’ai répondu OUI à au moins une  des rubriques du questionnaire |
| Dans ce cas : je transmets la présente attestation  au club au sein duquel je sollicite le renouvellement de ma licence | Dans ce cas : je suis informé que je dois produire à mon club un certificat médical attestant l’absence de contre indication à la pratique du sport pour lequel je me licencie |

**ATTENTION AUX DISCIPLINES A CONTRAINTES PARTICULIERES** : l’Alpinisme – la Plongée Subaquatique – la Spéléologie – Les disciplines sportives, pratiquées en compétition, pour lesquelles le combat peut prendre fin par un KO (ex : Boxe Anglaise) – Les disciplines sportives comportant l’utilisation d’armes à feu ou à air comprimé (Tir, Ball-trap, Biathlon) – Les disciplines sportives, pratiquées en compétition, comportant l’utilisation de véhicules terrestres à moteur, à l’exception du modélisme automobile radioguidée (sport auto, karting et motocyclisme) – Les disciplines sportives aéronautique pratiquées en compétition, à l’exception de l’aéromodélisme (ex : Voltige Aérienne) – Le parachutisme – Le Rugby à XV, à XIII et le Rugby à VII.

**Pour ces disciplines, la délivrance ou le renouvellement de la licence sont soumis à la production d’un certificat médical datant de moins d’un an.**

**Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions réglementaires de la FFST relative au certificat médical (chapitre III – Art 6 du Règlement médical FFST), disponible sur notre site internet.**

NOM et Prénom :

Date : Signature :

Fait à :

**Dans le cas ou le licencié concerné est mineur**:

NOM et Prénom du Représentant légal :

Date : Signature :

Fait à :