

**ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE LA  
DEMANDE DE RENOUELEMENT DE LICENCE**

*(Uniquement pour les activités n'imposant pas la présentation annuelle d'un certificat médical de non contre-indication)*

Je soussigné(e) Mme / Mr .....

*(Nom et prénom de l'adhérent(e) ou du représentant légal)*

En qualité de représentant légal de *(le cas échéant)* .....

certifie avoir répondu NON à toutes les questions du formulaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01

lors de la demande de renouvellement de la licence UFOLEP (1).

Pour faire valoir ce que de droit.

A .....

Le ...../...../.....

Signature

*(1) Conformément à l'arrêté du 20 avril 2017 publié au JORF n° 01105 du 4 mai 2017, texte n° 102*