



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Dans le cadre de la demande de mon adhésion auprès du CSMG *, je soussigné atteste avoir rempli le Questionnaire de santé ci-après.

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 ma licence.

J'ai répondu NON à
chacune des rubriques du
questionnaire



*dans ce cas : je transmets
la présente attestation
au club au sein duquel
je sollicite le renouvellement
de ma licence*

J'ai répondu OUI à une ou
plusieurs rubriques du
questionnaire



*dans ce cas : je suis informé
que je dois produire à mon
club un certificat médical
datant de moins de 6 mois et
attestant l'absence de
contre-indication à la pratique
du handball*

PRATIQUANT MINEUR

Nom et prénom du licencié mineur :

Date (jj/mm/aaaa) :

Fait à :

Signature :

Attestation du représentant légal :

Nom et prénom du représentant légal :

Date (jj/mm/aaaa) :

Fait à :

Signature :

PRATIQUANT MAJEUR

Nom et prénom du licencié majeur :

Date (jj/mm/aaaa) :

Fait à :

Signature :

**Questionnaire applicable dans le cadre d'une création ou d'un renouvellement de licence uniquement lorsque le licencié est mineur et d'un renouvellement de licence uniquement lorsque le licencié est majeur.*