ATTESTATION DE CONFORMITE DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE MEDICAL

EN VUE DE LA DELIVRANCE DE LA LICENCE FF RANDONNEE PEDESTRE

Je soussigné(e) …………………………………………………………………………………………………

**certifie avoir répondu au questionnaire médical** élaboré par la fédération pour le renouvellement annuel de ma licence FFRP .

 **J’atteste par la présente que toutes les réponses sont négatives** et que je suis donc dispensée de fournir un nouveau certificat durant 3 années à dater du dernier certificat fourni (en date du …/…/…..

Fait à ………………………….. Le …/…/……… Nom Prénom et Signature

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



 ATTESTATION DE CONFORMITE DES REPONSES AU QUASTIONNAIRE MEDICAL

EN VUE DE LA DELIVRANCE DE LA LICENCE FF RANDONNEE PEDESTRE

Je soussigné(e) …………………………………………………………………………………………………

certifie avoir répondu au questionnaire médical élaboré par la fédération pour le renouvellement annuel de ma licence FFRP .

 J’atteste par la présente que toutes les réponses sont négatives et que je suis donc dispensée de fournir un nouveau certificat durant 3 années à dater du dernier certificat fourni.

 Fait à ………………………….. Le …/…/……… Nom Prénom et Signature