



PUBLIC MINEUR

ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTE

Dans le cadre de la demande de ma licence auprès de la Fédération Française de Hockey*, je soussigné atteste avoir rempli le Questionnaire de Santé du sportif mineur.

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 l'obtention ou 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 hockey

Nom et prénom du licencié mineur :

Date du jour (jj/mm/aaaa) :

Fait à :

Signature :

Attestation du représentant légal :

Nom et prénom du représentant légal :

Date du jour (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.*