

TANG FIGHTER TEAM (TFT)

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Questionnaire de santé – Demande ou renouvellement de licence sportive

LICENCIÉ(E) MINEUR(E)

Je soussigné(e),

Nom et prénom du représentant légal :

Agissant en qualité de : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal

Atteste avoir renseigné, avec le mineur désigné ci-dessous, le questionnaire de santé prévu dans le cadre de sa demande ou de son renouvellement de licence au sein du **Tang Fighter Team (TFT)**.

Nom du mineur :

Prénom :

Date de naissance : / /

Je certifie avoir répondu **NON à l'ensemble des questions** du questionnaire de santé.

Je reconnais être informé(e) que toute réponse positive à l'une des questions nécessite la consultation d'un médecin et, si la réglementation ou la fédération l'exige, la remise d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive.

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts.

Fait à :

Le : / /

Nom et signature du représentant légal :

Signature :
