***FICHE à RETOURNER avant le 15 septembre 2018***

***ACCOMPAGNEE d’1 des 3 ATTESTATIONS ci-après DATEE et SIGNEE (si nouveau venu)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Adresse :** |  |
| **Téléphone :** | **Mail :** |  |
| **Nom Prénom** | **Date de****naissance** | **Souhaite prendre****des cours** | **Niveau et classement** | **Disponibilités** |
| **OUI** | **NON** | **Débutant** | **Perfectionnement** | **Compétition** | **jeudi** | **samedi** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **ATTESTATION «HORS COMPETITION»***(si le certificat médical initial ne comportait pas la mention « compétition »)*Je soussigné Monsieur/Madame (prénom et nom) :en ma qualité de représentant légal de (prénom et nom) :atteste qu’il/qu’elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa n° 15699\*01 et avoir répondu par la négative à l’ensemble des rubriques.Date :Signature du représentant légal : |

|  |
| --- |
| **ATTESTATION «EN COMPETITION»***(si le certificat médical initial précisait la mention « en compétition »)*Je soussigné Monsieur/Madame (prénom et nom) :en ma qualité de représentant légal de (prénom et nom) :atteste qu’il/qu’elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa n° 15699\*01 et avoir répondu par la négative à l’ensemble des rubriques.Date :Signature du représentant légal : |

|  |
| --- |
| **ATTESTATION «EN COMPETITION»***(si le certificat médical initial précisait la mention « en compétition »)*Je soussigné Monsieur/Madame (prénom et nom) :atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa n° 15699\*01 et avoir répondu par la négative à l’ensemble des rubriques.Date :Signature du représentant légal : |