



# Espace Danse "Les

## ATTESTATION -QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Je soussigné atteste avoir rempli le Questionnaire de santé fixé par arrêté du ministre chargé des sports daté du 20 avril 2017 et publié au Journal officiel du 4 mai 2017.

Dans le respect du secret médical, je conserve strictement personnel ledit questionnaire et m'engage à remettre la présente attestation à l'association Espace Danse les Cygnes.

Conformément aux dispositions de l'article D. 231-1-4 du Code du sport,

J'ai répondu NON à chacune des rubriques du questionnaire.

Dans ce cas : je transmets la présente attestation à mon association de danse.

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

Dans ce cas : je suis informé que je dois produire à mon association de danse un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de la danse, établi après le 1<sup>er</sup> Juin.

Dans le cas ou le licencié est majeur :

NOM et prénom :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Fait le :

Signature :

Dans le cas où le licencié concerné est mineur :

Nom et prénom du représentant légal :

Nom et prénom du mineur

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Fait le :

Signature :