

United Judo

——— Paris ———

ATTESTATION DE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

LICENCE

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : / /

N° LICENCE :

☐ J'étais licencié à la FFJDA lors de la saison sportive 2025-2026

Je remplis le questionnaire de santé QS-Sport fixé par arrêté du ministre chargé des sports daté du 20 avril 2017(à conserver par l'adhérent).

☐ J'ai répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.

Je date et signe la présente attestation que je transmets aux United Judo Paris.

☐ J'ai répondu OUI à au moins une question du questionnaire de santé.

Je fournis un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique de l'activité.

☐ **Je n'étais pas licencié à la FFJDA lors de la saison sportive 2025-2026**

Je fournis un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique de l'activité.

FFJDA: Fédération Française de Judo/ Jiu-jitsu et disciplines associées

RAPPEL

Les réponses au questionnaire de santé QS-SPORT relève de la seule responsabilité du licencié

Nom et prénom du signataire :

Date : / /

Signature :

Pour les mineurs, préciser père – mère – représentant légal