FÉDÉRATION FRANÇAISE DE BOWLING
ET DE SPORTS DE QUILLES

COMMISSION SPORTIVE NATIONALE SAINT-GALL

Site Internet de la CSN Saint-Gall : www.ffbsq.fr / Quilles Saint-Gall

Fédération affiliée au CNOSF - Membre de la FIQ - CSN affiliée à la WNBA - Siège administratif : 20, Rue du Cimetière - 68127 NIEDERHERGHEIM

Attestation Questionnaire de santé QS-Sport *

à remettre au club

SAISON 20_ _ /20_ _

Je soussigné(e) M/Mme ----------
En ma qualité de représentant légal
de ----------
Atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire relatif à sa santé et
a répondu PAR LA NÉGATIVE
à l'ensemble des questions posées.

Fait le : ----------

à : ----------

Signature du représentant légal :

S'il a été répondu NON à toutes les questions, produire cette attestation datée et signée. Conservez votre questionnaire pour production, si besoin, pendant toute la durée de validité du certificat médical.

Si vous avez répondu OUI à l'une au l'autre des questions, vous devez produire un nouveau certificat médical.

** À joindre à l'autorisation parentale, chaque saison.*