



**Attestation santé pour le renouvellement
d'une licence compétition FFAM pour la saison 2023/2024**

Date du dernier certificat médical d'absence de contre-indication

à la pratique d'une activité physique ou sportive :

_____ / _____ / _____

Je soussigné(e),

atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé.

à _____,

le _____

Signature du pratiquant ou de son représentant légal :