



**Attestation santé pour le renouvellement
d'une licence FFAM pour la saison 20..**

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 :