



DEMANDE DE RENOUELEMENT DE LA LICENCE FSGT SAISON 2017-2018 OU ANNEE 2018

Madame, Monsieur,

La loi du 26 janvier 2016 dite de « modernisation du système de santé » et ses décrets d'application ont modifié les conditions de délivrance et renouvellement des licences sportives.

Vous pratiquez une ou plusieurs activités qui n'ont pas de contraintes particulières et vous sollicitez le renouvellement sans discontinuité de votre licence FSGT pour la saison 2017 / 2018 ou l'année 2018 et avez déjà remis un certificat médical à votre club / association pour la saison 2016 / 2017 ou l'année 2017.

Au préalable, votre club / association vous a remis les deux formulaires mentionnés ci-dessous, à savoir :

- Le **questionnaire de santé** (Cerfa n° 15699*01) que vous devez obligatoirement renseigner et conserver ;
- La **présente attestation** que vous devez signer et remettre à votre club / association qui la conservera.

Si vous avez répondu « non » à toutes les rubriques du questionnaire de santé :

- Vous devez obligatoirement renseigner, signer et remettre à votre club / association la présente attestation qui la conservera.

Si vous avez répondu « oui » à au moins une rubrique du questionnaire de santé :

- Vous devez solliciter un certificat médical auprès d'un-e médecin. Ce certificat médical devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique du-des sports que vous souhaitez pratiquer avec votre club / association datant de moins d'un an par rapport à la date de la demande de licence FSGT.

- Et, vous devez obligatoirement remettre le certificat médical délivré par le médecin à votre club / association qui le conservera.

Par ailleurs, nous vous informons expressément que le **questionnaire de santé** que vous avez renseigné, **vous est strictement personnel**. Et, nous vous informons aussi expressément que **les réponses formulées par vos soins relèvent de votre responsabilité exclusive**.



- ATTESTATION -

(à renseigner, à signer et à remettre obligatoirement par l'adhérent-e à l'association / club)



Je soussigné-e (Prénom / Nom du-de la licencié-e) :

N° de licence FSGT :

Adhérent-e du club / association

J'atteste sur l'honneur avoir reçu le questionnaire de santé, avoir pris connaissance des préconisations de la FSGT ci-dessus et avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N°15699*01) qui m'a été remis par mon club / association. Et, j'atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive.

Fait à, le

Pour dire et valoir ce que de droit,

Signature du-de la licencié-e (ou de son-sa-ses représentant-e légal-e / légaux-légales pour le-s mineur-e-s) :