



# ARC CLUB CLUSIEN



## ATTESTATION DE RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Je soussigné, M. - Mme \_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

*(pour les mineurs) sous la responsabilité de M. \_\_\_\_\_ et / ou*

*Mme \_\_\_\_\_*, déclare avoir répondu "NON" à toutes les questions du Questionnaire Santé, disponible sur le site de l'Arc Club Clusien ou celui de la Fédération Française de Tir à l'Arc.

De ce fait, je peux prétendre à l'obtention ou au renouvellement de la licence pour la saison **2023-2024** et à l'inscription aux concours organisés par un club affilié à la FFTA.

Si j'ai au moins une réponse "OUI" à ce questionnaire, je m'engage à consulter un médecin pour obtenir un certificat d'aptitude, sans contre-indication, à la pratique du tir à l'arc, (en compétition).

Date et signature du responsable 1

Date et signature de l'adhérent

Date et signature du responsable 2