

**ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE  
POUR LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE LICENCE**

(Uniquement pour les activités n'imposant pas la présentation annuelle d'un  
certificat médical de non contre-indication)

Je soussigné Mme, M. (Nom et prénom de l'adhérent-e) :

Si mineur ou autre, nom et prénom du représentant légal :

Certifie avoir répondu NON à toutes les questions du formulaire de santé (CERFA n° 15699\*01, conformément à l'arrêté du 20 avril 2017 publié au JORF n°0105, texte n°102) pour ma demande de renouvellement de licence UFOLEP.

Je conserve le questionnaire de santé durant 1 an.

Pour faire valoir ce que de droit.

A

Le

Signature :