



ATTESTATION

Je soussigné :

Nom :

N° de licence :

Prénom :

Déclare avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à ce jour, et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.

Je sais qu'avec cette attestation, j'engage ma propre responsabilité, et qu'en aucun cas celle de la F.F.P.T.C. ne pourra être engagée.

Certificat médical précédent :

Date :/...../.....

Nom du médecin :

Date et signature du titulaire ou du représentant légal