



## CERTIFICAT d'ABSENCE DE CONTRE INDICATION à la PRATIQUE du SPORT

Je soussigné, ..... Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

Mme-Mr ..... Prénom ..... né(e) le ..... / ..... / .....

et avoir constaté, ce jour, l'absence de contre-indication à la pratique du sport (activités sportives de loisirs, hors compétition)

Certificat établi à la demande de l'intéressé (e) et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait le ..... / ..... / 20.....

Cachet et signature du médecin.

---

## ATTESTATION

### Relative au questionnaire exigé pour le renouvellement d'une licence sportive (A remettre à votre club)

Je soussigné(e), nom..... prénom .....  
sollicitant le renouvellement de ma licence sportive auprès de la Fédération de la Retraite Sportive pour la saison **2022-2023**, N° de licence : .....  
atteste avoir répondu négativement à l'ensemble des 9 questions figurant sur le questionnaire de santé « QS-SPORT » qui m'a été transmis par la FFRS, conformément à l'article 2 de l'arrêté du 20 avril 2017 « relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive » ainsi qu'au Code du Sport et notamment ses articles L 231-2 à L 231-2-3 et D 231-1-1 à D 231-1-5.

Je suis informé(e) que les réponses formulées relèvent de ma seule responsabilité.

Fait le .....

à .....

Signature