

**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 :