



MSA ESCRIME REPONSE A L'AUTO-QUESTIONNAIRE DE SANTE
--

A JOINDRE OBLIGATOIREMENT A LA FICHE D'INSCRIPTION

Je soussigné(e) M/Me

Né(e) le

Si l'adhérent(e) est mineur(e),

Ses Nom et Prénom :

Atteste avoir pris connaissance des dispositions médicales relative à la pratique de l'escrime (voir sur le site www.msa-escrime.fr) , avoir renseigné le questionnaire de santé QSSPORT Cerfa N°15699*01

et

Avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

(Rappel : dans le cas contraire la fourniture d'un certificat médical de moins d'1 an est obligatoire.)

Date et Signature de l'adhérent(e) ou du représentant légal pour les mineurs

CADRE RESERVE AU CLUB

Date du CM initial (valable 3 ans) :

