



SAISON 2024 – 2025

| | |
|-------------------|---------|
| Activité | Qi Gong |
| Nom | |
| Prénom | |
| Date de naissance | |
| Adresse | |
| N° de téléphone | |
| e-mail | |



ATTESTATION DE SANTÉ

Dans le cadre de ma pratique au sein de l'association Pratt, je soussigné-e atteste avoir rempli le « Questionnaire de santé » fixé par arrêté du Ministre chargé des Sports, daté du 20 avril 2017 et publié au Journal officiel du 4 mai 2017

Dans le respect du secret médical, je conserve ledit questionnaire strictement personnel et m'engage à remettre la présente attestation à l'association Pratt.

Conformément aux dispositions de l'article D. 231-1-4 du code du sport,

J'ai répondu NON à la totalité des rubriques du questionnaire et j'atteste que je n'ai aucun problème pour pratiquer le Qi Gong.
Dans ce cas, je transmets la présente attestation à l'association Pratt.

J'ai répondu OUI à l'une ou à plusieurs rubriques du questionnaire.
Dans ce cas je suis informé-e que je dois fournir à l'association Pratt un nouveau certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique du Qi Gong.

Nom:..... Prénom:.....

Fait à : le (date) :

Signature :