



**FFHANDBALL**

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LE LICENCIÉ MINEUR

Dans le cadre de la demande de ma licence auprès de la FFHandball \*, je soussigné atteste avoir rempli le Questionnaire de santé ci-après.

Dans le respect du secret médical, je conserve strictement personnel ledit questionnaire et m'engage à remettre la présente attestation au club au sein duquel je sollicite ma licence.

J'ai répondu **NON** à  
chacune des rubriques du  
questionnaire



*dans ce cas : je transmets  
la présente attestation  
au club au sein duquel  
je sollicite le renouvellement  
de ma licence*

J'ai répondu **OUI** à une ou  
plusieurs rubriques du  
questionnaire



*dans ce cas : je suis informé  
que je dois produire à mon club  
un certificat médical attestant  
l'absence de contre-indication  
à la pratique du handball,  
établi après le 1<sup>er</sup> mai.*

Nom et prénom du licencié mineur :

Date (jj/mm/aaaa) :  
Fait à :

Signature :

**Attestation du représentant légal :**

Nom et prénom du représentant légal :

Date (jj/mm/aaaa) :  
Fait à :

Signature :

*\* Questionnaire applicable dans le cadre d'une création ou d'un renouvellement de licence  
uniquement lorsque le licencié est mineur.*

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)1 56 70 72 72 | ffb@ffhandball.net  
94046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)1 56 70 73 00 | www.ff-handball.org

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z