



## ATTESTATION QUESTIONNAIRE SANTÉ – FCD

### Pour les majeurs

Je soussigné(e) M/Mme .....<sup>1</sup>

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature :

---

### Pour les mineurs

Je soussigné(e) M/Mme .....<sup>1</sup>

atteste avoir renseigné le questionnaire de santé FCD et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques pour l'enfant .....<sup>2</sup>

Date et signature :

---

<sup>1</sup> Préciser le prénom et nom, et le cas échéant, la qualité du représentant légal

<sup>2</sup> Préciser le prénom et nom de l'enfant dont vous êtes le représentant légal

**LA FÉDÉRATION DES CLUBS DE LA DÉFENSE**

16 bis, avenue Prieur de la Côte d'Or – CS 40 300 – 94114 ARCUEIL Cedex  
Téléphone : 01.79.86.34.86 - PNIA : 861.947.34.86 - Courriel : [contact@lafederationdefense.fr](mailto:contact@lafederationdefense.fr)  
[www.lafederationdefense.fr](http://www.lafederationdefense.fr)

Agrément n° MJSK0470228A (JO du 20 novembre 2004) du ministère de la jeunesse, des sports et de la vie associative