



AUTO-QUESTIONNAIRE MÉDICAL

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

SAISON (N) : 20.... / 20....

EN VUE D'UNE DEMANDE DE LICENCE D'ARBITRE DE :

DISTRICT

LIGUE

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance :

Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance du questionnaire de santé de l'arbitre :

MAJEUR *(en page 5 du DMA)*

MINEUR *(en page 6 du DMA)*

et j'atteste avoir :

Répondu NON à toutes les questions.

Joindre cette attestation à votre demande de licence.

Répondu OUI à une ou plusieurs question(s).

Joindre le DMA (page 1 à 4) rempli par votre médecin à votre demande de licence.

Le :

Signature :