



# DEMANDE DE RENOUELEMENT DE LICENCE FSGT SAISON 2019-2020 OU ANNEE 2020

Madame, Monsieur,

La loi du 26 janvier 2016 dite de « modernisation du système de santé » et ses décrets d'application ont modifié les conditions de délivrance et renouvellement des licences sportives.

**Vous pratiquez une ou plusieurs activités qui n'ont pas de contraintes particulières et vous sollicitez le renouvellement sans discontinuité de votre licence FSGT pour la saison 2019 / 2020 ou l'année 2020 et avez déjà remis un certificat médical à votre club / association pour la saison 2018 / 2019 ou l'année 2019.**

Au préalable, votre club / association vous a remis les deux formulaires mentionnés ci-dessous, à savoir :

- Le **questionnaire de santé** (Cerfa n° 15699\*01) que vous devez obligatoirement renseigner et conserver ;
- La **présente attestation** que vous devez signer et remettre à votre club / association qui la conservera.

**Si vous avez répondu « non » à toutes les rubriques du questionnaire de santé :**

- Vous devez obligatoirement renseigner, signer et remettre à votre club / association la présente attestation qui la conservera.

**Si vous avez répondu « oui » à au moins une rubrique du questionnaire de santé :**

- Vous devez solliciter un certificat médical auprès d'un-e médecin. Ce certificat médical devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique du-des sports que vous souhaitez pratiquer avec votre club / association datant de moins d'un an par rapport à la date de la demande de licence FSGT.
- Et, vous devez obligatoirement remettre le certificat médical délivré par le médecin à votre club / association qui le conservera.

Par ailleurs, nous vous informons expressément que **le questionnaire de santé** que vous avez renseigné, **vous est strictement personnel**. Et, nous vous informons aussi expressément que **les réponses formulées par vos soins relèvent de votre responsabilité exclusive**.



## - ATTESTATION -

*(à renseigner, à signer et à remettre obligatoirement par l'adhérent-e à l'association / club)*



**Je soussigné-e** (Prénom / Nom du-de la licencié-e) :

.....

N° de licence FSGT : .....

Adhérent-e du club / association .....

***J'atteste sur l'honneur avoir reçu le questionnaire de santé, avoir pris connaissance des préconisations de la FSGT ci-dessus et avoir renseigné le questionnaire de santé (QS-SPORT Cerfa N°15699\*01) qui m'a été remis par mon club / association. Et, j'atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées relèvent de ma responsabilité exclusive.***

Fait à ....., le .....

Pour dire et valoir ce que de droit,

**Signature** du-de la **licencié-e** (ou de son-sa-ses représentant-e légal-e / légaux-légales pour le-s mineur-e-s) :