

SAISON 2026 - 2027

Attestation sur l'honneur sur le questionnaire santé



Nom :

Prénom :

Saison sportive : 2026 - 2027

Par la présente, j'atteste sur l'honneur avoir reçu le questionnaire de santé, avoir pris connaissance des préconisations du CSINI ci-dessus et avoir renseigné le questionnaire de santé qui m'a été remis par le club. Et, j'atteste sur l'honneur avoir répondu par la négative à toutes les questions du questionnaire de santé et je reconnais expressément que les réponses apportées par mes soins relèvent de ma responsabilité exclusive.

Fait à :

Le :

Pour dire et valoir ce que de droit.

Signature du membre ou représentant légal

Consentement RGPD et Droit à l'Image

- ☐ Je consens à l'utilisation de mes données par le CSINI, FCD, FFH, FFEscrime, FFTir à l'arc et FFTir conformément au RGPD.
- ☐ J'autorise le CSINI à utiliser mon image pour sa communication sur les différents réseaux sociaux.

Je certifie l'exactitude des informations fournies et m'engage à respecter les règlements du club et des fédérations partenaires.

Lieu :

Date :

Signature du membre ou représentant légal :