



DMA : DOSSIER MÉDICAL ARBITRAGE

AUTO-QUESTIONNAIRE MÉDICAL

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

SAISON (N) : 2021 - 2022

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

DISTRICT PUY DE DÔME

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
- MINEUR

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 dossier médical rempli par votre médecin à votre demande de licence.

Le :

Signature :