

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR
DE NON CONTRE INDICATION MEDICALE
A LA PRATIQUE DU TENNIS DE TABLE**

Conformément aux dispositions des articles L. 231-2 et suivants du Code du Sport, la production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du Tennis de Table n'est pas obligatoire mais que celui-ci est conseillé afin de garantir l'état de santé de mon enfant.

Je fournis pour cette année 2024-2025, un certificat médical de non contre-indication à la pratique du Tennis de Table (de moins de 6 mois à la date du 16 Septembre 2024).

Je ne souhaite pas produire de certificat médical, la décision reste sous mon entière responsabilité.

Je soussigné(e) M/Mme

en ma qualité de représentant légal de

Atteste sur l'honneur que mon(mes) enfant(s) ne présente(nt) aucune contre-indication médicale et physique à la pratique des activités proposées pour le Club de Tennis de Table de Saint Félix de Lodez.

Je m'engage à signaler toute information médicale pouvant remettre en question la pratique de l'activité durant l'année 2024-2025.

Date : / /

Signature du représentant légal
Précédée de la mention « certifiée pour faire valoir »

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR
DE NON CONTRE INDICATION MEDICALE
A LA PRATIQUE DU TENNIS DE TABLE**

Conformément aux dispositions des articles L. 231-2 et suivants du Code du Sport, la production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du Tennis de Table n'est pas obligatoire mais que celui-ci est conseillé afin de garantir l'état de santé de mon enfant.

Je fournis pour cette année 2024-2025, un certificat médical de non contre-indication à la pratique du Tennis de Table (de moins de 6 mois à la date du 16 Septembre 2024).

Je ne souhaite pas produire de certificat médical, la décision reste sous mon entière responsabilité.

Je soussigné(e) M/Mme

en ma qualité de représentant légal de

Atteste sur l'honneur que mon(mes) enfant(s) ne présente(nt) aucune contre-indication médicale et physique à la pratique des activités proposées pour le Club de Tennis de Table de Saint Félix de Lodez.

Je m'engage à signaler toute information médicale pouvant remettre en question la pratique de l'activité durant l'année 2024-2025.

Date : / /

Signature du représentant légal
Précédée de la mention « certifiée pour faire valoir »