

AMICALE LAÏQUE SAINT-MARCELLIN

23 Avenue du Docteur CARRIER - 38160 Saint-MARCELLIN
www.alsm38160.fr

FICHE ATTESTATION SANTE



Saison 2025/2026 VOLLEY-BALL

www.alsmvolleyball.webnode.fr
alsmnb@orange.fr

Au préalable à votre demande d'adhésion, votre club vous a remis les deux formulaires suivants :

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

■ 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 datant **de moins de six (6) mois**.

Vous devez obligatoirement remettre le certificat médical à votre club qui le conservera.

■ Par ailleurs, nous vous informons expressément que le **questionnaire de santé** que vous avez renseigné, **vous est strictement personnel**. Vous n'avez pas à le remettre à votre club.
Nous vous informons aussi que les **réponses apportées au questionnaire de santé par vos soins relèvent de votre responsabilité exclusive**.

ATTESTATION POUR LES MAJEUR(ES)

(à renseigner, à signer et à remettre obligatoirement par l'adhérent(e) au club)

■ Je soussigné(e) (Nom et Prénom):
atteste sur l'honneur avoir reçu le questionnaire de santé, avoir pris connaissance des préconisations de l'ALSM Volley-Ball ci-dessus et avoir renseigné le questionnaire de santé pour les sportifs majeurs (QS-SPORT Cerfa N°15699*01) qui m'a été remis par mon club.

■ Par la présente, 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 par mes soins relèvent de ma responsabilité exclusive.

Fait à,
le

Pour dire et valoir ce que de droit,
Signature du(de) la licencié(e) majeur(e) :