

AMICALE LAÏQUE SAINT-MARCELLIN

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

FICHE ATTESTATION SANTE



Saison 2026/2027 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) :