



Association Vélocipédique des Amateurs Niçois

Adresse : Palais BRÉA 16, avenue Notre-Dame 06000 NICE

Secrétariat : Jean-Paul MARABUTO • Tél. 06 08 82 09 68

Internet : www.avanice.fr • Courriel : avan@avanice.fr

Madame, Monsieur,

Vous pratiquez une ou plusieurs activités sportives qui n'imposent pas la présentation annuelle d'un certificat médical de non-contre-indication (article L.231-2-3 du Code du sport), et vous sollicitez une première demande de licence ou son renouvellement.

Au préalable à votre demande de licence, votre club vous vous êtes procuré 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 médecin.** Ce certificat médical devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique des sports que vous souhaitez pratiquer avec l'AVAN.
- **Remettre le certificat médical à votre club qui le conservera.** Ce certificat doit dater de moins d'un an par rapport à votre demande de licence auprès de l'AVAN. 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 MAJEURS

Je soussigné(e), _____

Atteste sur l'honneur avoir reçu le questionnaire de santé, avoir pris connaissance des préconisations 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.

Et, 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)