

PEGOMAS VAL DE SIAGNE

VOLLEY-BALL



Dossier d'Inscription

Saison 2024 – 2025

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___/___/___

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____

Email: _____@_____

Votre Taille : _____ cm

Taille Maillot : 3XS – 2XS – XS – S – M – L – 2XL – 3XL

Taille Short : : 3XS – 2XS – XS – S – M – L – 2XL – 3XL

Documents à fournir obligatoirement

Ce dossier d'inscription complété et signé :

- La Convention 2024 / 2025 (à signer)
- Responsables Légaux (à compléter)
- L'Autorisation Parentale (à compléter et à signer)

Ce dossier devra être accompagné des éléments suivants :

- Le Formulaire de demande de licence 2024-2025 (à compléter et à signer)
- Le Certificat Médical Fiche A (**dont le cadre « Simple Surclassement »**) après avoir rempli le questionnaire relatif à l'état de santé
- Une photo d'identité récente (avec nom et prénom inscrits au verso)
- Photocopie de la pièce d'identité recto-verso.
- Le règlement de la cotisation.

Ce dossier doit nous être retourné complet après 2 séances d'entraînements d'essai

ENTRAÎNEMENTS

EQUIPES GARCONS		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	SAMEDI
Nés en 2017-2016	M9					10h45-12h00
2015-2014	M11			16h30-18h00		10h45-12h00
2013-2012	M13	17h30-19h30		16h30-18h00		
2011-2010	M15		17h30-19h30		17h30-19h30	
2009-2008-2007	M18	18h15-19h45			18h15-19h45	
Avant 2007	SENIORS-DEPART	19h45-21h30			19h45-21h30	occasionnel 9h15-10h45
EQUIPES FILLES		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	SAMEDI
Nées en 2017-2016	M9					10h45-12h00
2015-2014	M11			16h30-18h00		10h45-12h00
2013-2012	M13	17h30-19h30		16h30-18h00		
2011-2010	M15		17h30-19h30		17h30-19h30	
2009-2008-2007	M18		18h15-19h45		18h15-19h45	
EQUIPES LOISIRS		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	SAMEDI
18 ans et plus	Mixte		19h30-21h30		19h30-21h30	9h15-10h45

INFORMATIONS DIVERSES

➤ Nos coordonnées :

Gymnase : Collège A. Beltrame – 212 Route de Cannes – 06580 PEGOMAS

Téléphone : 06.28.25.64.65 – Mail : pegomasvolleyball@gmail.com

➤ **NOUVEAUTÉS !!!**

o Soucieux du bien-être de nos licenciés, notre club a créé une boutique, vous permettant de vous munir d'équipements diverses aux couleurs de notre club (*veste, jogging, tee-shirt, genouillères, sac à dos, ...*).

Elle est en ligne sur notre site : <https://pegomasvolley.odoo.com/>

o Vous pourrez suivre sur notre Facebook, Instagram et notre site toutes les actualités.

COTISATIONS

Chaque saison, vos cotisations constituent l'unique source de recettes et rien ne serait possible sans ce financement. Afin de continuer d'assurer l'avenir du club, à le développer et organiser des activités supplémentaires pour le bien de nos licenciés, nous vous proposons 2 modes de versement : la **Cotisation Classique** et le **Don**.

Pour les familles qui payent des impôts, nous vous sollicitons pour montrer votre aide et votre soutien en choisissant le don. Vous contribuerez ainsi à la survie et au développement de votre club, mais ce n'est pas tout... vous **ne débourserez pas plus !**

➤ COTISATION CLASSIQUE (Prise en charge éventuelle par votre Comité d'Entreprise + DON)

Catégorie	Année(s)	Equipement	Tarif cotisation
Sénior Départ.	Avant 2007	Survêtement+short+maillot de match +T-shirt d'entraînement	210 €
M18	2007-2008- 2009	Survêtement+short+maillot de match +T-shirt d'entraînement	210 €
M15/M13/M11	2010 à 2015	Survêtement+maillot de match +T-shirt d'entraînement	165 €
M9	2016-2017	Sac en dos+T-shirt d'entraînement	135 €
Loisirs	18 ans et plus	Short+maillot de match	200 €

Je désire obtenir une attestation de paiement (à cocher)

oLe tarif indiqué est le prix à l'année et tout compris (*adhésion + licence + équipement*).

oLe règlement de la cotisation se fait par chèque à l'ordre de PVDSVB. Vous avez la possibilité de payer en 3 fois.

oMembre d'une même famille : Remise de 7€ appliquée sur la seconde cotisation et les suites.

➤ DON : Si vous payez des impôts sur les revenus : lisez ceci :

(montant minimum pour le don est de 300€)

Exemple de don :

Montant du versement	Montant ouvrant droit à la réduction d'impôt Document fourni : Reçu fiscal	Pour info : Calcul réduction d'impôt	Somme réellement déboursée
619 €	→ 619 €	66 % de 619 € (soit 409 €)	619 € - 409 € = 210 €
485 €	→ 485 €	66 % de 485 € (soit 320 €)	485 € - 320 € = 165 €
398 €	→ 398 €	66 % de 398 € (soit 263 €)	398 € - 263 € = 135 €
Montant libre	→ (montant libre)	66 % du montant libre	34 % du montant libre

Pour obtenir votre reçu fiscal, merci de compléter les informations suivantes :

Nom et Prénom du bénéficiaire de la déduction : _____

Adresse: _____

CP : _____ Ville : _____ Mail : _____

Article 200 du Code Général des Impôts - Version en vigueur du 05 mai 2017 au 01 janvier 2018 - Modifié par Décret n°2017-698 du 2 mai 2017 - art. 1 - Modifié par LOI n°2013-1279 du 29 décembre 2013 - art. 17 (VD)

Détails sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000034597042/2017-05-05>

CONVENTION 2024 - 2025

Pour une coopération harmonieuse, voici quelques informations et règles simples à appliquer.

Le Club s'engage :

- À fournir l'équipement pour ses licenciés participant à un championnat.
- À organiser des stages et activités diverses.
 - Dans le cadre de son partenariat avec l'AS Cannes : à faire profiter aux licenciés des stages et activités diverses proposées par l'ASC, ainsi que d'assister aux matchs de l'ASC joués à domicile (Palais des Victoires) .

L'Entraîneur s'engage :

- À être disponible, à l'écoute des joueurs, bien organiser et planifier les entraînements et les matchs.
- À développer chez les volleyeurs des habitudes d'entraînement et leur potentiel physique (*endurance, force, vitesse, souplesse, ...*).
- À susciter la motivation et le plaisir de pratiquer le volley-ball.

Le Joueur Licencié s'engage :

- À porter une tenue de sport adéquate pour la pratique du volley-ball (prévoir short noir pour les compétitions des M15/M13/M11)
- À porter la tenue qui lui aura été fournie aux couleurs du club lors des compétitions.
- À respecter les heures d'entraînements, ses co-équipiers, et son entraîneur.

Les Accompagnants (supporters, famille, ...) s'engagent :

- À soutenir les efforts du licencié et ses co-équipiers sans intervenir directement pendant les matchs et entraînements.
- À respecter les décisions de l'entraîneur.
- À apporter de la bonne humeur et de la bienveillance aux joueurs et à l'entraîneur.

Suite à la crise du Covid-19, tous s'engagent :

- À respecter le/les protocoles sanitaire mis en place par le Club de PÉGOMAS VAL DE SIAGNE VOLLEY-BALL et définis par les autorités compétentes.

Nous vous remercions d'avoir choisi PÉGOMAS VAL DE SIAGNE Volley-Ball.

Le Président

Le joueur

RESPONSABLES LÉGAUX (pour les mineurs)

En cas d'accident, les personnes ci-dessous seront immédiatement averties.

Père

Nom : _____ Prénom : _____

N° Tél : _____

Mère

Nom : _____ Prénom : _____

N° Tél : _____

Autre personne

Nom : _____ Prénom : _____

N° Tél : _____

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

Je soussigné(e) _____ autorise mon enfant _____ :

- À pratiquer le volley-ball au sein de Pégomas Val de Siagne Volley-Ball, à suivre les entraînements, les compétitions, et les stages.
- Autorise l'équipe médicale à effectuer les soins appropriés à la pathologie de mon enfant en cas d'accident sportif, et si besoin, le transporter vers un établissement sanitaire.
- De transmettre au club les éventuelles maladies, allergies, et la conduite à tenir :

➤ À être photographié, filmé, et publié ou diffusé sur le site du club ou d'autres journaux... Toutefois, la publication ou diffusion de l'image de mon enfant, ainsi que les légendes ou commentaires accompagnant ladite publication, ne devront porter atteinte à sa dignité, vie privée et réputation.

➤ À faire évoluer mon enfant dans une catégorie d'âge supérieure (*soumis à autorisation médicale*).

➤ À s'assurer de la présence de l'entraîneur à l'arrivée de mon enfant.

➤ À garder une attitude conforme à l'éthique sportive et respectueuse envers toute personne présente. Cette autorisation reste valable sans limitation de durée et vous remercie de l'intérêt porté à cet agrément.

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé » (*Parents ou tuteur légal*)



FORMULAIRE LICENCE – SAISON 2024/2025

Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club avant toute saisie de licence

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS		NOM DU GSA
Licence COMPETITION EXTENSION <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> OUTDOOR <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> COMPET'LIB		PEGOMAS VAL DE SIAGNE VOLLEY-BALL
Licence ENCADREMENT EXTENSION AVEC Certif.Médical <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT EXTENSION SANS CM <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE		
Licence HORS COMPETITION <input type="checkbox"/> EXTENSION Loisirs		NUMERO DU GSA
Licence TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois		0060041

TYPES DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) :	SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	TAILLE :
<input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUVELLEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	NOM D'USAGE :		
	PRENOM :		
	NOM DE NAISSANCE :		
	DATE DE NAISSANCE :		
	LIEU DE NAISSANCE :		
	NATIONALITE : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère PAYS _____ Code ISO: / / /		
	ADRESSE :		
	CP : VILLE :		
	TEL : PORTABLE :		
	EMAIL* :		

* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel

SUIVI MEDICAL [OBLIGATOIRE]	
<u>Suivi médical – Majeurs</u>	
Pour toute licence hors Encadrement Extension Dirigeant, le soussigné atteste sur l'honneur [cocher toutes les cases] :	
<input type="checkbox"/> (obligatoire) avoir produit un certificat médical d'absence de contre-indication (CMNCI) à la pratique du sport datant de moins de 3 saisons,	
<input type="checkbox"/> (obligatoire) avoir répondu NON à tout le QS – FFvolley Majeurs http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_2024-25.pdf ; en cas de réponse OUI à une des questions, la production d'un CMNCI datant de moins de 6 mois est requise.	
<u>Suivi médical – Mineurs</u>	
<input type="checkbox"/> (obligatoire) Le soussigné atteste sur l'honneur avoir répondu, conjointement avec le mineur concerné, NON à toutes les questions du questionnaire de santé QS - Sport Mineurs http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_sportifs_mineurs_2024-25.pdf ; en cas de réponse OUI à une des questions, la production d'un CMNCI de moins de six mois est requise.	

CONTROLE D'HONORABILITE [OBLIGATOIRE]	
J'exerce les fonctions d'éducateur sportif, de juge, d'arbitre, d'exploitant d'Etablissement d'Activités Physiques et Sportives ou suis susceptible d'intervenir auprès de mineurs au sein des articles L.212-1 et L.322-1 du code du sport. A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la FFvolley aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sein de l'article L.212-9 du code du sport soit effectué.	
Pour plus d'informations : http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/licences/FFvolley_Fiche_Pratique_Control_Honorabilite.pdf	
<input type="checkbox"/> (obligatoire) J'ai compris, j'accepte ce contrôle et m'engage à ce que les informations transmises dans le cadre du présent formulaire soient exactes.	

AUTORISATION PARENTALE – PRELEVEMENT LORS D'UN CONTROLE ANTIDOPAGE [OBLIGATOIRE]	
En application des articles R.322-52 et R.232-67-18 du code du sport (cocher l'une ou l'autre des deux cases) :	
<input type="checkbox"/> Autorise tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang, prélèvement de phanères), lors d'un contrôle antidopage sur le licencié mineur ou le majeur protégé, et/ou consent à ce que les échantillons prélevés lors de contrôles antidopage puissent faire l'objet d'analyses génétiques et à ce que les résultats soient enregistrés dans un traitement de données à caractère personnel conformément aux modalités prévues à l'annexe II-2 (Art. R.232-67-18)	
<input type="checkbox"/> Reconnais être informé que l'absence d'autorisation parentale ou l'absence de consentement aux analyses génétiques susmentionnées est constitutive d'un refus de se soumettre à ce contrôle et est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires à son égard	

INFORMATIONS ASSURANCES	
Je soussigné,, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt et de la possibilité de souscrire à l'une des garanties d'assurance individuelle Accident Corporel proposée avec ma licence (base, option A ou B).	
<input type="checkbox"/> Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document et décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base valorisée à 0,58€ TTC.	
<input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : ++Option A (5,05€ TTC) ou ++Option B (9,04€ TTC).	
<input type="checkbox"/> Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquiesce pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFvolley. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.	

<input type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, OUTDOOR, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir d'informations commerciales de la part de la FFvolley relatives à ses activités.
<input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des communications et offres de la part de la FFvolley à propos de ses partenaires.
<small>La Fédération Française de Volley (FFVolley - responsable du traitement) traite vos données personnelles dans le cadre de la gestion de votre licence sur la base de l'exécution de la mission de service public déléguée à la FFVolley. Vos données peuvent être communiquées aux personnes en charge au sein de la FFVolley, ses prestataires techniques, son assureur, ainsi que le cas échéant aux organisateurs de compétitions officielles aux instances internationales du volley. En application des articles 39 et suivant de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de mise à jour de vos données personnelles. Si vous souhaitez exercer ce droit et/ou obtenir la communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Délégué à la Protection des Données (DPD) de la FFvolley par mail (protectiondesdonnees@ffvb.org) ou par courrier au 17 rue Georges Clemenceau, 94607 Choisy le Roi Cedex.</small>

NOM, DATE ET SIGNATURE [OBLIGATOIRES]
Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2024/2025

Les contrats sont consultables sur le site de la FFvolley : <http://www.ffvb.org/la-ffvb/l-assurance/>

RESPONSABILITE CIVILE : votre licence comporte une garantie d'assurance Responsabilité Civile obligatoire (L321-1 code du sport).

Ce contrat d'assurance vous couvre pendant la pratique sportive autorisée par votre licence FFvolley. Il vous assure contre les conséquences financières des dommages corporels et matériels que vous causez à des tiers. Le contrat d'assurance Responsabilité Civile porte le numéro 3087988J. Il est souscrit auprès de la MAIF, société d'assurance mutuelle à cotisation variables, CS 90000- 79038 Niort cedex 9. La notice d'information détaillée peut être consultée ou téléchargée depuis le site internet de la FFvolley, rubrique « assurance ».

Les formules « accident corporel » sont proposées par la MAIF, société d'assurance mutuelle à cotisation variables, CS 90000- 79038 Niort cedex 9.

Les contrats d'assurances ont été souscrit par l'intermédiaire d'AIAC courtage, Société de Courtage d'Assurances selon le b) de l'article L520-1 du code des assurances- S.A.S au capital de 306.000 € - SIREN 784 199 291 – RCS PARIS – N° immatriculation ORIAS 07 005 935- Service réclamation : 14 rue de Clichy-75009 PARIS - reclamation@aiac.fr – soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest, CS92459, 75436 Paris cedex 09.

INDIVIDUELLE ACCIDENT : La FFvolley attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer. Dans ce cadre, la FFvolley propose à ses licenciés trois formules facultatives d'assurance « Accident Corporel » : base, option A et option B.

MODALITES DE CONCLUSION DU CONTRAT

Pour souscrire l'une des options « Accident Corporel », il vous suffit de cocher dans le pavé « Assurances » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquiescer avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

Ces formules vous couvrent pendant la pratique sportive autorisée par votre licence FFvolley. Elles sont présentées ci-dessous et dans la notice d'information réalisée par la MAIF et consultable sur le site internet de la FFvolley à la rubrique assurances. Votre GSA vous en a remis un exemplaire.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES/ DUREE :

La garantie prend effet le jour de l'enregistrement de la licence auprès de la FFvolley et du règlement de la prime correspondante.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures aux garanties de base, elles ne permettent pas, dans tous les cas, d'obtenir la réparation intégrale du préjudice. Le licencié est par conséquent invité à se rapprocher de son conseil en assurances qui pourra lui proposer des garanties adaptées à sa situation personnelle.

Elle prend fin le jour où la licence FFvolley pour la saison en cours n'est plus valide.

Garantie Accident Corporel de base (0,58 € TTC)

	LICENCIES FFvolley	Franchise
DECES	10 000 €	Néant
FRAIS D'OBSEQUES	5 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE	L'indemnité est calculée en multipliant le taux d'invalidité (IPP), déterminé lors de la consolidation de l'assuré, par le capital défini ci-dessous.	Néant
IPP <30%	20 000 €	
30%<= IPP <66%	50 000 €	
66%<= IPP <=100%	100 000 € (versé à 100% si tierce personne)	
FRAIS DE TRAITEMENT (1)	125 % de la base de remboursement Sécurité Sociale	Néant
BONUS SANTE	Au-delà des prestations de base ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « BONUS SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1,500 €. Ce Bonus Santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur. L'assuré pourra disposer de ce Bonus pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge : <ul style="list-style-type: none"> dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux, prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale, soins dentaires et optiques, en cas d'hospitalisation : la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) // si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet. frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles. et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.	Néant
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100 %	Néant
INDEMNITE HOSPITALISATION	15 €/jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation (dans la limite de 150 jours)	Néant
SOINS DENTAIRES ET PROTHESES	150 € par dent	Néant
APPAREIL ORTHODONTIQUE	80 € par accident	Néant
OPTIQUE	Lunettes : 200 € par accident (verre + monture) Lentilles non jetables : 100 € par lentille	Néant
FRAIS DE TRANSPORT		Néant
Frais de 1 ^{er} transport	100 %	
Transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	160€ par accident	

(1) Les Assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.

OPTIONS COMPLEMENTAIRES A et B : Tout licencié de la FF Volley peut souscrire à titre individuel, à des garanties complémentaires en cas de dommage corporel suite à un accident de sport en sus des garanties de base.

Le complément de cotisation est perçu avec l'adhésion à la licence.

GARANTIES COMPLEMENTAIRES	OPTION A 9,05€	OPTION B 9,04€	FRANCHISE
DECES	10 000 €	20 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE TOTALE	10 000 €	20 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE	10 000 € x taux d'invalidité	20 000 € x taux d'invalidité	Néant
GARANTIE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE TRAITEMENT (1)	500 € / accident	500 € / accident	Néant
INDEMNITES JOURNALIERES (2)		30 € par jour (maximum : 365 jours)	10 jours

(2) Lorsque l'assuré a été en incapacité temporaire totale de travail suite à un accident, la MAIF, verse une indemnité à concurrence du montant indiqué au tableau ci-dessus :
- dans la limite de la perte de revenus réelle : pertes de salaire, prime et autre manque à gagner, sur présentation de justificatifs et sous déduction des indemnités versées par le(s) régime(s) de prévoyance et de celles attribuées au titre de la loi sur la mensualisation et de la convention collective applicable.
- après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise, fixée à 10 jours,
- pendant au maximum 365 jours.
L'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de l'assuré.

(1) Cette garantie intervient en complément de la garantie de base, sur justificatifs, pour tous types de traitement engagés par l'assuré et médicalement prescrits, en complément ou non de la Sécurité Sociale.

INFORMATION SUR LES CONTRATS : Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription ou en cas de sinistre, contactez: AIAC courtage : N° VERT : 0 800 886 486

QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT?

Remplissez le formulaire de déclaration d'accident que vous trouverez en ligne sur le site internet de la FFvolley (rubrique assurances). Pour faire appel à MAIF ASSISTANCE 7/24: appelez depuis l'étranger le +33.5.49.77.47.78 - depuis la France : 0 800.875.875 contrat MAIF n° 3087988J - Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable de MAIF Assistance.

CERTIFICAT à faire remplir par un Docteur en Médecine

Ce certificat médical nécessite un examen médical à la recherche d'une éventuelle contre-indication à la pratique du volley.

Seul le médecin examinateur au cours de son examen est apte à décider de la nécessité de pratiquer des examens complémentaires tels qu'une épreuve d'effort, une échographie, ou autre, en fonction de l'interrogatoire et des facteurs de risque.

Le médecin s'attachera à rechercher :

1.- Par l'interrogatoire :

- les facteurs de risques cardio-vasculaires :
- Age, Sexe, Tabac, Diabète, HTA, Antécédent personnel et familial (notamment de mort subite, ou « de gros cœur »), Dyslipidémie, Obésité, Des signes de MARFAN).
- Symptomatologie cardiovasculaire à l'effort : (palpitations, dyspnée, douleur, malaise, syncope, lipothymie,...)

2.- La réalisation d'un électrocardiogramme est recommandée dès la première licence et tous les 3 ans entre 12 ans et 20 ans, puis tous les 5 ans entre 21 et 35 ans

3.- La réalisation d'un test d'effort est recommandée tous les 3 ans après 35 ans

4.- Une échocardiographie peut être réalisée selon les résultats de l'ECG, les antécédents familiaux ou devant l'existence d'un souffle organique.

5.- La réalisation de radiographies du rachis peut être demandée devant la notion de douleur lombaire chez l'enfant ou l'adolescent.

Tout joueur licencié FFvolley est susceptible de subir un contrôle antidopage. En cas de traitement médical (médicaments ou suppléments nutritionnels), il y a lieu de vérifier que celui-ci ne contienne pas de molécules inscrites sur la liste des substances interdites. Des autorisations exceptionnelles d'utilisation peuvent être délivrées sous certaines conditions, en utilisant des formulaires d'autorisations à usage thérapeutique (AUT).

La liste des substances interdites et les formulaires d'AUT sont consultables sur le site www.aflid.fr.

En application de la réglementation de la FFvolley, la présentation d'un certificat médical d'absence de contre-indication datant de moins de 3 saisons est exigée, sous réserve d'avoir renseigné le présent Questionnaire de Santé FFvolley et attesté que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, un certificat médical, datant de moins de 6 mois attestant l'absence de contre-indication à l'encadrement ou à la pratique du volley, y compris en compétition, est nécessaire.

Ce questionnaire de santé permet de savoir si le licencié doit fournir un certificat médical pour obtenir sa licence.

Si vous avez répondu "Non" à toutes les questions, il n'y a pas lieu de fournir un nouveau certificat médical, mais vous devrez attester sur votre formulaire de demande de licence avoir répondu négativement à toutes les questions de ce questionnaire de santé.

Si vous avez répondu "Oui" à une ou plusieurs questions, vous devrez consulter un médecin et lui présenter le présent questionnaire, afin d'obtenir un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à l'encadrement ou à la pratique du volley, y compris en compétition.

Les réponses formulées sont confidentielles et relèvent de la seule responsabilité du licencié.

QUESTIONS			OUI	NON
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS				
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?			F C	F C
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?			F C	F C
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)			F C	F C
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?			F C	F C
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?			F C	F C
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?			F C	F C
A CE JOUR				
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?			F C	F C
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?			F C	F C
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?			F C	F C

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.		
Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/> Ton âge : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans		
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.