

PEGOMAS VAL DE SIAGNE VOLLEY-BALL



Dossier d'Inscription – Catégorie Jeunes

Saison 2023 – 2024

Mr Mme Mlle (Nom – prénom) _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

Téléphone _____ - _____ - _____ - _____

Email: _____@_____._____

Votre Taille : _____ cm

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

Documents à fournir obligatoirement

- Documents à remplir par votre Médecin :
 - Formulaire de demande de licence 2023-2024 avec les cases suivantes : « Certificat Médical ».
 - Le Certificat Médical Fiche A (*obligatoire*) ainsi que la demande de simple surclassement.
- Documents à compléter et pièces à fournir par le licencié :
 - Le Dossier d'Inscription.
 - La Convention 2023 / 2024.
 - Formulaire de demande de licence 2023-2024 avec les cases suivantes : « Informations Personnelles », « Questionnaire de Santé », « Informations Assurances », « Nom, Date, Signature ».
 - 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 sous 2 semaines

➤ **NOUVEAUTÉS !!!**

Soucieux du bien-être de nos licenciés, notre club a créé une boutique, vous permettant de vous munir d'équipements divers aux couleurs de notre club (veste, jogging, tee-shirt, genouillères, sac à dos, ...). Elle est en ligne sur notre site : <https://pegomasvolley.odoo.com/shopping> ou via le QR Code.



Vous pourrez nous suivre sur Facebook, Instagram et notre site pour 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)	Entraînement	Tarif Licence
M18	2006 à 2008	Mardi et Jeudi de 18h à 20h ou de 19h30 à 21h30 en Loisirs	185 €
M11/M13/M15	2009 à 2014	Mardi et Jeudi de 17h30 à 19h30	150 €
M7 - Baby	2015 à 2018	Mercredi de 16h30 à 18h Samedi de 10h30 à 12h	135 €

Collège A. Beltrame – 212 rte de Cannes à Pégomas

Je désire obtenir une attestation de paiement (à cocher)

- Le prix indiqué est le prix à l'année et tout compris (adhésion + licence).
- Le règlement de la cotisation se fait par chèque à l'ordre de PVDSVB. Pour information, vous avez la possibilité de payer en 3 fois.
- Membre d'une même famille : Remise de 7€ appliquée sur la seconde cotisation et les suivantes.
- **DON (minimum du don : 250€)**

Si vous payez des impôts sur les revenus, voici un exemple de don :

Exemple de don :

Montant du versement au club	→	Montant ouvrant droit à la réduction d'impôt Document fourni : Reçu fiscal	Pour info : Calcul réduction d'impôt	Somme réellement déboursée
544 €	→	544 €	66 % de 544 € (soit 359 €)	544 € - 359 € = 185 €
440 €	→	440 €	66 % de 440 € (soit 290 €)	440 € - 290 € = 150 €
250 €	→	250 €	66 % de 250 € (soit 165 €)	250 € - 165 € = 85 €
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 postale : _____

Code postal : _____ 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. 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 2023-2024

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

Le Club s'engage :

- À fournir 1 maillot de match, 1 veste ou 1 sac a dos et un T-shirt d'entraînement aux licenciés participant à un championnat.
- À organiser des tournois 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.
- À porter la tenue qui lui aura été fournie aux couleurs du club lors des compétitions. (prévoir short noir pour les compétitions)
- À respecter les heures d'entraînements, ses co-équipiers, et l'entraîneur.
- À pratiquer le volley-ball au sein de Pégomas Val de Siagne Volley-Ball, à suivre les entraînements, les compétitions, et les stages.
- À autoriser l'équipe médicale à effectuer les soins appropriés à ma pathologie en cas d'accident sportif, me transporter vers un établissement sanitaire et le signaler à :

Mr Mme Mlle (*Nom – prénom*) _____

N° Tél : _____ - _____ - _____ - _____ - _____

- À 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 mon image, ainsi que les légendes ou commentaires accompagnant ladite publication, ne devront porter atteinte à ma dignité, vie privée et réputation.

➤ 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.

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.

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

Le Président

Le joueur (*signature*)

RESPONSABLES LEGAUX

Père

Nom : _____ Prénom : _____

N° Tél : _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Mère

Nom : _____ Prénom : _____

N° Tél : _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Autre personne à prévenir en cas d'accident

Nom : _____ Prénom : _____

N° Tél : _____ - _____ - _____ - _____ - _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____ autorise mon enfant _____ :

- A 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 :

➤ A 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.

- A faire évoluer mon enfant dans une catégorie d'âge supérieure (*soumis à autorisation médicale*).
- A s'assurer de la présence de l'entraîneur à l'arrivée de mon enfant.
- A 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 DE DEMANDE DE LICENCE

SAISON 2023/2024

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 <u>COMPETITION</u> 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 Licence <u>ENCADREMENT</u> 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 <u>HORS COMPETITION</u> <input type="checkbox"/> EXTENSION Volley Pour Tous Licence <u>TEMPORAIRE</u> <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois Réservée aux non-licenciés, Certificat Médical obligatoire	PEGOMAS VAL DE SIAGNE VOLLEY-BALL
	NUMERO DU GSA 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"/> RENOUELEMENT <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"/> AFR Assimilé Français <input type="checkbox"/> Etrangère (UE/Hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB (UE/Hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB-UE-REG (UE)		
www.ffvolley.org    @ffvolley	ADRESSE :		
	CP : VILLE :		
	TEL : PORTABLE :		
	EMAIL* :		
	* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel		

CERTIFICAT MEDICAL	SIMPLE SURCLASSEMENT
Je soussigné, Dr atteste que M / Mme présente une absence de contre-indication à : - la pratique du Volley, y compris en compétition - L'encadrement du Volley Fait le Signature et cachet du Médecin :	Je soussigné, Dr atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple sur- classement dans le respect des règlements de la FFVolley. Fait le Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRES DE SANTE
<input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé FFVolley http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_2023-24.pdf
<input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire Relatif à l'Etat de Santé du Sportif mineur http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sportif_mineurs_2023-24.pdf

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"/> Reconnaiss avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document. <input type="checkbox"/> Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisit l'Option de base incluse dans la licence (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'acquies 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 et voire celles de vos représentants légaux dans le cadre de la gestion de votre licence (en ce y compris de votre demande de renouvellement de licence) sur la base de l'exécution de la mission d'intérêt public déléguée à la FFVolley. Vos données peuvent être communiquées aux personnes en charge au sein de la FFVolley, nos prestataires techniques, notre assureur, ainsi que le cas échéant aux organisateurs de compétitions, à la Fédération internationale de volley. La FFVolley a désigné un DPD que vous pouvez contacter par mail : protectiondesdonnees@ffvb.org ou par courrier à l'attention du DPD de la FFVolley 17 rue Georges Clemenceau, 94607 Choisy le Roi Cedex. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et sur vos droits conformément au Règlement (UE) 2016/679 dit « RGPD », consultez le DPD à l'adresse électronique indiquée.</small>
--

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

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2023/2024

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. 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.

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.

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.

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.

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'OBSÈQUES	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 €	Néant
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 1er 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 5,05€	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 : 0800.875.875 contrat MAIF n°3087988J - Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable de MAIF Assistance.

PEGOMAS VAL DE SIAGNE VOLLEY-BALL – 1875 avenue Lord Astor of Ever – Chez Mr CARANESE – 06580 PEGOMAS
Téléphone : 06.28.25.64.65 – Mail : pegomasvolleyball@gmail.com – Facebook : @pegomasvolley

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 UNECOMPÉTITION 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 un garçon Ton âge : 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 desport ?	<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.