PEGOMAS VAL DE SIAGNE VOLLEY-BALL

Dossier d'Inscription

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 / Taille Short : 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 si le précédent certificat date de plus de 3 ans*)

- 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 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/shopping ou via le QR Code.

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

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

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
LOISIRS	2005 et avant	*Mardi et Jeudi de 19h30 à 21h30*	185 €

Collège A.Beltrame – 212 rte de Cannes à Pégomas

Je désire obtenir une attestation de paiement ◯ (*à cocher*)

o Le prix indiqué est le prix à l'année et tout compris (adhésion + licence + tenue de match).
o Le règlement de la cotisation se fait par chèque à l'ordre de PVDSVB. Vous avez la possibilité de payer en 3 fois.
o Membre d'une même famille : Remise de 7€ appliquée sur la seconde cotisation et les suivantes.

➢ 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 382 € (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 200du 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

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

CONVENTION 2023-2024

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

Le Club s'engage :

- À fournir 1 maillot et 1 veste ou sweat, et 1 T-shirt d'entrainement 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 profitez 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
- 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.

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

Le Président Le joueur *(signature)*

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

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

Licence COMPETITION

EXTENSION ☐ VOLLEY-BALL ☐ OUTDOOR ☐ P.V. SOURD ☐ P.V. ASSIS ☐ COMPET'LIB

Licence ENCADREMENT

EXTENSION AVEC Certif.Médical ☐ ARBITRE ☐ EDUCATEUR SPORTIF ☐ SOIGNANT

EXTENSION SANS CM ☐ DIRIGEANT ☐ PASS BENEVOLE

Licence HORS COMPETITION ☐ EXTENSION Volley Pour Tous

Licence TEMPORAIRE ☐ Validité 1 Mois ☐ Validité 3 Mois

Réservée aux non-licenciés, Certificat Médical obligatoire

NOM DU GSA

PEGOMAS VAL DE SIAGNE VOLLEYBALL

NUMERO DU GSA

0060041

TYPES DE DEMANDE

☐ CREATION
☐ RENOUVELLEMENT
☐ MUTATION NATIONALE
☐ MUTATION REGIONALE
☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvolley.org

@ffvolley

N° DE LICENCE (si déjà licencié) :..... **SEXE :** ☐ F ☐ M **TAILLE :**.....

NOM D'USAGE :.....

PRENOM :.....

NOM DE NAISSANCE :.....

DATE DE NAISSANCE :.....

LIEU DE NAISSANCE :.....

NATIONALITE ☐ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE :.....

CP :..... **VILLE :**.....

TEL :..... **PORTABLE :**.....

EMAIL* : .....

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

CERTIFICAT MEDICAL

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 :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr.....

atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFvolley.

Fait le ..... Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRES DE SANTE

☐ 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

☐ 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_sport_sportifs_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).

☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (**valorisée à 0,58€ TTC**).
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++***Option A (5,05€ TTC)*** ou ++***Option B (9,04€ TTC)***.
☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte 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.

☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, OUTDOOR, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ Je ne souhaite pas recevoir d'informations commerciales de la part de la FFvolley relatives à ses activités.
☐ J'accepte de recevoir des communications et offres de la part de la FFvolley à propos de ses partenaires.

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.

NOM, DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRES

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

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

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 ».

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.

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.

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'acquitter 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'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 :** • 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 1er 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

(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.

(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.

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

CERTIFICAT MEDICAL
FICHE A

Absence de contre-indication à la pratique du Volley Ball et Simple Surclassement

Je soussigné (e), ... Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

NOM..... ; PRENOM.....

Né (e) le ___/___/____ - Numéro de licence ______________

Nom du Club .....

et certifie que son état présente une absence de contre-indication à :

- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition.
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition.
- ☐ la pratique du Snow Volley, y compris en compétition.
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourd, y compris en compétition

Fait à....., Le.....

Signature et cachet du médecin examinateur :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr_____ atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âge nécessitant un simple surclassement (uniquement dans les conditions fixées par les Règlements Fédéraux).

Fait le : _____ Signature et cachet du médecin examinateur :

Lors de la 1ère prise de licence, un certificat médical datant de moins d'un an est exigé. Entre chaque renouvellement triennal, le licencié ou son représentant légal doit renseigner un questionnaire de santé et attester que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. Si ce n'est pas le cas, le licencié devra fournir un nouveau certificat médical. Pour le Simple Surclassement, le présent certificat, est valable une saison.

Pensez à signaler à votre médecin que vous pratiquez du sport en compétition et que tout traitement prescrit peut être inscrit sur la liste des produits et dispositifs interdits de l'A.F.L.D. (Agence Française du Lutte contre le Dopage www.afld.fr) et nécessiter une demande d'A.U.T. (Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques)

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

FFvolley

QUESTIONNAIRE DE SANTE FFvolley"

En application de la règlementation 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 inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐