Aidez votre Club à continuer à Grandir

et à Proposer des entraînements de qualité

ET faites une Economie sur le coût de votre Adhésion

Payer votre Adhésion sous forme de **DON** et **profitez d'une réduction d'impôt de 66%** de votre cotisation sur votre avis d'imposition de l'année suivante

Par exemple :

→Pour une **Adhésion à 130€ pour la catégorie M15,** je paye au club la somme de 248 € (dont 24€ non déductibles)

Si je suis imposable, mon adhésion sous forme de donation ne me coûtera réellement que **100 € (au lieu des 130€)** après réduction fiscale. Je serai remboursé des 148 € restants sur mes impôts.

→Pour une **Adhésion à 170€,** je paye au club la somme de 321€ (dont 47€ non déductibles)

Si je suis imposable, mon adhésion sous forme de donation ne me coûtera réellement que **140€ (au lieu des 170€)** après réduction fiscale. Je serai remboursé des 181€ restants sur mes impôts.

Une attestation de donation vous sera remise par le club

✂ ----------

Fiche de renseignement de don:

Nom et prénom du donneur ou du parent : …….

Adresse-postale :……
……
……

Montant du don Adhésion: ☐

Mode de versement : ☐ Espèces ☐ Chèque ☐ Virement

Contact : M Pierre Wallart 06-69-02-04-04
www.epdmvolley.fr / facebook **EPDigneManosque**

FICHE D'INSCRIPTION
SAISON 2023/2024

Site de Digne et Manosque

IDENTITE A REMPLIR

NOM : _____ **Prénom :**_____ **Date de naissance :**_____

Adresse :_____

Code Postal :_____ Ville :_____

Profession :_____ Téléphone :_____

Mail :**(obligatoire)**_____@_____

Personne à prévenir en cas d'urgence :_____ Téléphone :_____

PIECES A FOURNIR :

- ☐ Fiche d'inscription
- ☐ Formulaire de demande de licence FFVB
- ☐ Paiement *(chèque à l'ordre de l'EPDM Volley-Ball)*
- ☐ Photocopie carte d'identité (Pour toute nouvelle inscription) et une photo de vous sera prise
- ☐ Certificat médical pour les adultes (valable 3 ans à faire remplir sur FORMULAIRE de demande de licence FFVB)

TARIFS:

CATEGORIE	PRIX Adhésion	Adhésion avec Don (**déduisez 66%** de la cotisation club sur votre déclaration d'impôt *	**Si Don : Prix réel Adhésion après déduction fiscale**
Baby et M7 (2017 et après)	☐ 110 €	☐ 240 €	**100 €**
M9 à M15 (2016 à 2009)	☐ 130 €	☐ 248 €	**100 €**
M18 (2008 à 2006)	☐ 130 €	☐ 203 €	**100 €**
Séniors Loisirs (2005 et avant)	☐ 130 €	☐ 271 €	**100 €**
Séniors Compétitions (2005 et avant)	☐ 170 €	☐ 321 €	**140 €**

Offre famille : 1ère licence payée, 10€ de réduction aux suivantes

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

***J'autorise, n'autorise pas (1)**, le club à publier des photographies le représentant dans le but promotionnel de ses activités, conformément aux lois en vigueur (Article 9 du code civil articles 226-1 et 226-8 du code pénal) ;*
Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur. ***(Sur le site : « www.epdmvolley.fr » rubrique règlement intérieur)***

Signature :

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

PERE : Téléphone :_____Profession :_____ **MERE:** Téléphone :_____Profession :_____

✉ **:**_____@_____ ✉ **:**_____@_____

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (1), agissant en qualité de représentant légal de l'enfant :

NOM _____ , Prénom _____

AUTORISE mon enfant à participer aux entraînements, compétitions et déplacements organisés par le club avec la participation de certains parents et/ou responsables du club. J'ai pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter. Je m'engage à remplir le questionnaire de santé avec exactitude, à prévenir à l'avance l'entraîneur de mon enfant, en cas d'absence à l'entraînement et au match.
En cas d'accident, j'autorise le club à diriger mon enfant vers l'établissement hospitalier le plus proche.

Fait à _____, le ___ / ___ / ___
Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

(1) Rayez la mention inutile

Contact : M Pierre Wallart 06-69-02-04-04
www.epdmvolley.fr / facebook **EPDigneManosque**

INFORMATION 2023-2024

CONSIGNES

Concernant les certificats médicaux :

- Pour les adultes : Certificat valable 3 ans, obligatoire pour toute nouvelle inscription
- Pour les mineurs : Pas de certificat exigé si réponses négatives au questionnaire de santé – Certificat obligatoire si surclassement.

SENIORS LOISIRS (VPT) :

- Cocher Volley Pour Tous sur le formulaire FFVB

INFORMATIONS DIVERSES

1 - REGLEMENT INTERIEUR : *Consultable sur le site internet « www.epdmvolley.fr » rubrique « règlement intérieur Une caution de 50€ vous sera demandée pour le prêt de maillot de compétition.*

2- AIDES :

Une réduction de -50€ (Pass'Sport) si bénéficiaire de l'Allocation rentrée scolaire (sur présentation du courrier au moment de l'inscription)

Comité d'entreprise : Une prise en charge totale ou partielle peut vous être accordée. Le club vous fournira une attestation de règlement sur demande.

Ville de Manosque : Le dossier « Bourse Sport » est à retirer au Service des Sports de la mairie.

Ville de Digne : « Coupons Sports et Loisirs » pour les 6-18 ans (sous conditions du CCAS°)

HORAIRES

SITE DE MANOSQUE		SITE DE DIGNE	
CATEGORIES MANOSQUE	CRENEAUX MANOSQUE (Gymnase Esclangon sauf loisirs)	**CATEGORIE DIGNE**	CRENEAUX DIGNE (Gymnase Gilles de Gennes)
Baby et M7 **M9, M11, M13 Déb**	Samedi 9h30 à 10h30 Mercredi de 17H à 18H30	**M7, M9, M11,**	Mercredi 17h à 18h30
M13, M15	Mercredi de 18h30 à 20h Tous Vendredi de 17h45 à 19h Compétition	**M13, M15 Déb**	Mercredi 17h à 18h30
M18	Mardi de 19h à 20h30 Tous niveaux Vendredi de 19h à 20h30, Compétition Samedi de 10h30 à 12h30 Ado	**M15, M18**	Mercredi 18h30 à 20h
Seniors loisirs	Mardi de 20h30 à 22h30 Gymnase Martin Bret Jeudi de 20h30 à 22h30 Gymnase Martin Bret	**Seniors Loisirs**	Mercredi 20h à 22h Samedi 10h30 à 12h
Départementale Masculine	Jeudi de 19h00 à 21h00	**Départementale Féminine**	Lundi 20h30 à 22h30
Régionale Féminine	Mardi de 20h30 à 22h30		
Prénationale Masculine	Vendredi de 20h30 à 22h30		

* Article 200 modifié par Décret n°2017-698 du 2 mai 2017- art. 1

1. Ouvrent droit à une réduction d'impôt sur le revenu égale à 66 % de leur montant les sommes prises dans la limite de 20 % du revenu imposable qui correspondent à des dons et versements, y compris l'abandon exprès de revenus ou produits, effectués par les contribuables domiciliés en France au sens de l'article 4 B, au profit :

a) De fondations ou associations reconnues d'utilité publique sous réserve du 2 bis, de fondations universitaires ou de fondations partenariales mentionnées respectivement aux articles L. 719-12 et L. 719-13 du code de l'éducation et, pour les seuls salariés des entreprises fondatrices ou des entreprises du groupe, au sens de l'article 223 A, auquel appartient l'entreprise fondatrice, de fondations d'entreprise, lorsque ces organismes répondent aux conditions fixées au b ;

b) D'oeuvres ou d'organismes d'intérêt général ayant un caractère philanthropique, éducatif, scientifique, social, humanitaire, sportif, familial, culturel, ou concourant à la mise en valeur du patrimoine artistique, notamment à travers les souscriptions ouvertes pour financer l'achat d'objets ou d'oeuvres d'art destinés à rejoindre les collections d'un musée de France accessibles au public, à la défense de l'environnement naturel ou à la diffusion de la culture, de la langue et des connaissances scientifiques françaises.

Contact : M Pierre Wallart 06-69-02-04-04
www.epdmvolley.fr / facebook **EPDigneManosque**

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

ENTENTE PROVENCALE DIGNE- MANOSQUE VOLLEY-BALL

NUMERO DU GSA

004 43 09

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 sur-classement 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.

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 <u>en sus des garanties de base</u>.
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**.

FFvolley

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT 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. Turéponds 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 ?	☐	☐
As-tu été opéré(e) ?	☐	☐
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	☐	☐
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	☐	☐
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	☐	☐
As- tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	☐	☐
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance desport ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	☐	☐
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	☐	☐
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	☐	☐
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	☐	☐
Te sens-tu triste ou inquiet ?	☐	☐
Pleures-tu plus souvent ?	☐	☐
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐	☐
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
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.)	☐	☐

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.

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