

FICHE D'INSCRIPTION 2026/2027
MINEURS

☐ Féminin

VOLLEY-BALL

☐ Masculin

Licencié(e)

Nom :

Prénom :

Contact en cas d'urgence

Je, soussigné(e), ..., représentant
légal, autorise mon enfant, à pratiquer le volley-ball dans le cadre des activités du MAC VB.

- ☐ Autorise l'entraîneur ou le responsable d'équipe de mon enfant à prendre toute décision relative à une intervention chirurgicale, après avoir contacté la personne à prévenir en cas d'urgence.
- ☐ Autorise mon enfant à sortir de l'établissement hospitalier qui lui a donné les soins accompagné et sous la responsabilité de l'entraîneur, du responsable de l'équipe du club ou de la personne à contacter en cas d'urgence.

Personne à contacter en cas d'urgence

Nom Prénom :

Numéro de téléphone :

Droit à l'image et communication diverses

Licencié(e), je soussigné(e)

NOM :

Prénom :

- ☐ Accepte d'être inscrit(e) à une liste de diffusion des informations relatives à l'association
- ☐ Autorise l'utilisation de mon image sur les outils de communication du MAC VB (site, affiches, réseaux sociaux, calendriers, etc.)

Signature du licencié(e)

Représentant légal, je soussigné(e),

NOM :

Prénom :

- ☐ J'accepte d'inscrire mon enfant à une liste de diffusion des informations relatives à l'association
- ☐ J'autorise l'utilisation de l'image de mon enfant sur les outils de communication du MAC VB (site, affiches, réseaux sociaux, calendriers, etc.)

Signature du représentant légal

Dons et sponsoring

- ☐ J'aimerais effectuer un don de€ au MAC VB et ouvre droit à une réduction d'impôt égale à 66% de la somme versée.
- ☐ J'aimerais un dossier pour demander à mon entreprise de sponsoriser le MAC VB et ouvre droit à une réduction d'impôt égale à 60% de la somme versée pour l'entreprise.

Pièces à fournir

- ☐ Fiche d'inscription renseignée et signée (page 1 et 2)
- ☐ Formulaire de demande de licence renseignée et signée (page 3 et 4)
- ☐ Questionnaire de santé (page 5) ou certificat médical si vous avez répondu Oui à au moins une des questions
- ☐ **Simple, double ou triple surclassement** : certificat médical à remplir (page 6 à 11)
- ☐ **Encadrants** : certificat médical à compléter (page 12)
- ☐ Une photo d'identité
- ☐ Une photocopie de la carte d'identité
- ☐ Un chèque de caution de **50 euros (sauf M11/M9/M7)**, encaissé en cas de non-retour du maillot avant le **25/06/26**
- ☐ Le montant suivant, ...euros correspondant à la cotisation

TARIFS 2026/2027

	COTISATION MAC VB	COTISATION Collège
SENIORS National (né(e)s en 2008 et avant)	210 €	
SENIORS Régional (né(e)s en 2008 et avant)	190 €	
LOISIRS (né(e)s en 2008 et avant)	90 €	
M18 (né(e)s en 2009, 2010 et 2011)	160 €	
M15 (né(e)s en 2012 et 2013)	140 €	+ 20 €
M13 (né(e)s en 2014 et 2015)	130 €	+ 20 €
M11 (né(e)s en 2016 et 2017)	120 €	
M7/M9 (né(e)s en 2018, 2019 et 2020)	110 €	

Modalités de paiement

Règlement en espèces, virement, chèques vacances, coupons sport ou chèque (au nom du MAC VB). Vous pouvez **échelonner le paiement par chèque uniquement en TROIS fois**, si besoin **avec la date d'encaissement au dos du chèque**.

RIB du MAC VB

IBAN : FR76 1027 8050 1600 0432 5264 532

BIC : CMCIFR2A

Mentionner dans l'objet du virement « Paiement cotisation NOM/PRENOM du licencié ».

Réductions familiales

Une réduction pour les multi licences au sein d'une même famille est prévue comme ci-après et non cumulable :

- 20 euros pour 2 licenciés
- 40 euros pour 3 licenciés
- 60 euros pour 4 licenciés

AUCUNE LICENCE NE SERA CRÉÉE SANS LES ÉLÉMENTS SUIVANTS :

1. Fiche d'inscription dûment remplie et signée (pages 1 et 2)
2. Demande de licence FFVB complétée et signée (pages 3 et 4)
3. Certificat médical ou questionnaire de santé (pages 6 à 11 en fonction du type de licence)
4. **Encadrant** : certificat médical (page 12)
5. Une photocopie de la carte d'identité ainsi qu'une photo
6. La cotisation totale correspondant à la catégorie de licence
7. Le chèque de caution de 50 euros pour la remise du maillot de compétition

Je reconnais avoir pris connaissance des informations portées ci-dessus et m'engage à les respecter pour la saison en cours.

Fait à, le..... Signature du représentant légal





FORMULAIRE LICENCE – SAISON 2026/2027

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 ☐ VOLLEY-BALL ☐ OUTDOOR ☐ P.V. SOURD ☐ P.V. ASSIS ☐ COMPET'LIB		MAIZIERES AC VOLLEY-BALL	
Licence ENCADREMENT EXTENSION ☐ ARBITRE ☐ EDUCATEUR SPORTIF ☐ SOIGNANT EXTENSION ☐ DIRIGEANT ☐ PASS BENEVOLE		NUMERO DU GSA 0575650	
Licence HORS COMPETITION ☐ EXTENSION Loisirs		Niveau de Jeu pour la Licence Compétition Extension Volley-Ball	
Licence TEMPORAIRE ☐ Validité 1 Mois ☐ Validité 3 Mois		☐ LNV ☐ National ☐ Régional/Départemental	
TYPES DE DEMANDE			
☐ CREATION ☐ RENOUELEMENT ☐ MUTATION NATIONALE ☐ MUTATION REGIONALE ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE		N° DE LICENCE (si déjà licencié) : SEXE : ☐ F ☐ M TAILLE :	
Souhaitez-vous nous informer d'une situation de handicap ? (Information facultative et confidentielle – uniquement utilisée pour vous accompagner dans votre pratique volley) ☐ Handicap physique ou moteur ☐ Handicap auditif ☐ Autre situation :		NOM D'USAGE :	
		PRENOM :	
		NOM DE NAISSANCE :	
		DATE DE NAISSANCE :	
		LIEU DE NAISSANCE :	
		NATIONALITE : ☐ Française ☐ Etrangère PAYS Code ISO : / / /	
ADRESSE :		ADRESSE :	
CP : VILLE :		CP : VILLE :	
TEL : PORTABLE :		TEL : PORTABLE :	
EMAIL* :		EMAIL* :	
* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel			
SUIVI MEDICAL [OBLIGATOIRE - cocher l'une ou l'autre des cases]			
Pour toute licence hors Encadrement Extension Dirigeant et Pass Bénévole, je soussigné atteste sur l'honneur, soit :			
Sportifs majeurs : ☐ avoir répondu NON, à tout le QS – FFvolley Majeurs (http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport.pdf), ☐ avoir répondu OUI, à l'une des questions du QS – FFvolley Majeurs, et ainsi produire un certificat médical d'absence de contre indication (CMNCI) à la pratique du sport, le cas échéant en compétition, datant de moins de 6 mois. Celui-ci doit être joint à la demande de licence.			
Sportifs mineurs : ☐ avoir répondu, conjointement avec le mineur, NON à tout le QS - Sport Mineurs (http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_sportifs_mineurs.pdf), ☐ avoir répondu OUI, à l'une des questions du QS – FFvolley Mineurs, et ainsi produire un certificat médical d'absence de contre-indication (CMNCI) à la pratique du sport, le cas échéant en compétition, datant de moins de 6 mois. Celui-ci doit être joint à la demande de licence.			
CONTROLE D'HONORABILITE [OBLIGATOIRE POUR LA LICENCE ENCADREMENT]			
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 sens 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 sens 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			
☐ 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.322-67-18 du code du sport, je soussigné, (cocher l'une ou l'autre des deux cases), soit :			
☐ 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)			
☐ 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 [OBLIGATOIRE]			
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), (cocher l'une ou l'autre des cases), soit :			
☐ 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 0,66€ TTC.			
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : ++Option A (5,33€ TTC) ou ++Option B (9,88€ 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 ou la présente saison.			
☐ J'atteste ne pas avoir été licencié auprès d'une autre fédération ou université, en volley-ball, lors de la saison précédente ou la présente saison.			
☐ 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 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 2-4 Rue des Sarrazins 94000 CRETEIL.			
NOM, DATE ET SIGNATURE [OBLIGATOIRES]			
Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.			

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2026/2027

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 souscrits 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'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 (0,66 € 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%	60 000 €	
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 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	100€ 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 +33.549.77.47.78 - 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.

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. 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 <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> 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.

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.afld.fr.

CERTIFICAT
à faire remplir par un médecin du sport

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 ECG datant de moins de 2 ans est obligatoire.

3.- La réalisation d'une échocardiographie est obligatoire une fois.

4.- 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.



CERTIFICAT
à faire remplir par un médecin du sport

Ce certificat médical nécessite un examen médical à la recherche d'une éventuelle contre-indication à la pratique du Volley-Ball et/ou du Beach 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 ECG datant de moins de 2 ans est obligatoire.

3.- La réalisation d'une échocardiographie est obligatoire une fois.

4.- 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.afld.fr.

