

CATÉGORIES	ENTRAÎNEMENTS *	MATCHS	COTISATIONS
<b>M9 (Mixte)</b> 2016 à 2017	<b>Samedi 10h00 – 11h30</b> (Salle P.Brossolette) Début des entraînements le Samedi 14/09	Pas de compétition	<b>110€</b>
<b>M11/M13 (Mixte)</b> 2012 à 2015	<b>Samedi 10h00 – 11h30</b> (Salle P.Brossolette) Début des entraînements le Samedi 14/09	En fonction des effectifs	<b>125€</b>
<b>M15 (F/M)</b> 2010 à 2011	<b>Lundi 17h30 - 19h00 (F)</b> (Salle P.Brossolette) <b>Mercredi 17h30 - 19h00 (F)</b> (Salle P.Brossolette) Début des entraînements le Mercredi 11/09 <b>M15M entraînements avec M18M</b>	Samedi après-midi	<b>140€</b>
<b>M18 (F/M)</b> 2007 à 2009	<b>Mardi 18h30 - 20h30 (F)</b> (Salle P.Brossolette) <b>Vendredi 17h30 - 19h00 (F)</b> (Salle P.Brossolette) Début des entraînements le Mardi 10/09 — <b>Lundi 19h00 – 20h30 (M)</b> (Salle P.Brossolette) <b>Vendredi 19h00 – 20h30 (M)</b> (Salle P.Brossolette) Début des entraînements le Mercredi 11/09	Samedi après-midi	<b>150€</b>
<b>Séniors Dep (F/M) Compétition</b> à partir de 2006	<b>Mercredi 19h00 - 20h30 (F)</b> (Salle P.Brossolette) <b>Vendredi 20h30 - 22h30 (F)</b> (Salle P.Brossolette) Début des entraînements le Lundi 09/09 — <b>Mardi 20h30 - 22h30 (M)</b> (Salle P.Brossolette) <b>Vendredi 20h30 - 22h30 (M)</b> (Salle P.Brossolette) Début des entraînements le Lundi 26/08	Samedi soir	<b>150€ **</b>
<b>Séniors Region M Compétition</b> à partir de 2006	<b>Lundi 20h30 - 22h30 (Reg)</b> (P.Brossolette) <b>Mercredi 20h30 - 22h30 (Reg)</b> (P.Brossolette) Début des entraînements le Mardi 10/09	Samedi soir	<b>165€ **</b>
<b>Seniors Compet'Lib</b> à partir de 2006	<b>Lundi 20h30 - 22h30 (Colette Besson)</b> <b>Mardi 20h30 – 22h00</b> (P.Brossolette - session débutants - termine fin Octobre) <b>Jeudi 20h30 – 22h30</b> (P.Brossolette) Début des entraînements le Lundi 09/09	Lundi ou Jeudi soir	<b>115€ **</b>

[\*] Nous nous gardons le droit de modifier les horaires d'entraînements en fonction des effectifs engagés suite au forum des associations.

[\*\*] Réduction « **Etudiant(e)** » de **10€** sur présentation de votre carte.

Les pièces demandées doivent impérativement être retournées pour le **1 octobre 2024**.

## ADHÉRENT

Nom : .....

Prénom : .....

## PIECES A FOURNIR

[\*] L'assurance FFVolley de "base" est comprise dans votre cotisation.

### Création de Licence (toute personne non licenciée à la FFVolley en 2023/2024)

- Formulaire de Licence FFVolley complété (coordonnées, suivi médical, autorisation parentale, assurances\*, protection des données, date et signature du responsable légal),
- Certificat médical de moins de 6 mois autorisant à la pratique du volley (avec simple surclassement si compétition),
- Photocopie d'une pièce d'identité (CNI ou Passeport),
- Photo d'identité.

### Renouvellement de Licence (toute personne licenciée à la FFVolley en 2023/2024)

- Formulaire de Licence FFVolley complété (coordonnées, suivi médical, autorisation parentale, assurances\*, protection des données, date et signature du responsable légal),
- Certificat médical de moins de 6 mois autorisant à la pratique du volley (avec simple surclassement si compétition).

### Si règlement via "coupon sport" ou "caf conseil départemental"

- Copie du livret de famille,
- Attestation Allocation Rentrée Scolaire.

## COTISATION

[\*] Un panier Comiti est nécessaire pour traiter votre inscription.

N° Panier Comiti\* : .....

### Mode de règlement

- Paiement en ligne sur COMITI (en 3 fois possible) : .....€
- 1 chèque bancaire (ordre « JA BRUZ VOLLEY BALL ») : .....€
- Chèques vacances ANCV : .....€
- Coupons sports ANCV : .....€
- Coupon sport – CAF Conseil départemental : .....€
- Dispo sortir - Montant de l'aide accordée : .....€

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS	NOM DU GSA
Licence <u>COMPETITION</u> <b>EXTENSION</b> <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> <b>EXTENSION AVEC Certif.Médical</b> <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT <b>EXTENSION SANS CM</b> <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE	
Licence <u>HORS COMPETITION</u> <input type="checkbox"/> EXTENSION Loisirs	<b>NUMERO DU GSA</b>
Licence <u>TEMPORAIRE</u> <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois	

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	<b>NOM D'USAGE</b> : .....		
	<b>PRENOM</b> : .....		
	<b>NOM DE NAISSANCE</b> : .....		
	<b>DATE DE NAISSANCE</b> : .....		
	<b>LIEU DE NAISSANCE</b> : .....		
	<b>NATIONALITE</b> : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère PAYS _____ Code ISO: /_/_/_/_		
	<b>ADRESSE</b> : .....		
	<b>CP</b> : ..... <b>VILLE</b> : .....		
	<b>TEL</b> : ..... <b>PORTABLE</b> : .....		
	<b>EMAIL*</b> : .....		

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

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

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

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

INFORMATIONS ASSURANCES
Je soussigné, ..... atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt et de la possibilité de souscrire à l'une des garanties d'assurance individuelle Accident Corporel proposée avec ma licence (base, option A ou B). <input type="checkbox"/> Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document et décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base <b>valorisée à 0,58€ TTC</b> . <input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : <b>++ Option A (5,05€ TTC) ou ++ Option B (9,04€ TTC).</b> <input type="checkbox"/> 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.

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

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

# INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2024/2025

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

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

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

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

Les contrats d'assurances ont été souscrit par l'intermédiaire d'aic 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@aiaac.fr](mailto:reclamation@aiaac.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'OBSQUES	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 reconstruit 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"> <li>dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux,</li> <li>prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,</li> <li>soins dentaires et optiques,</li> <li>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,</li> <li>frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles,</li> </ul> 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 <sup>er</sup> 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 ?

Rempissez 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.





**CERTIFICAT MEDICAL \_ FICHE A**  
**Absence de contre-indication à la pratique du Volley 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, 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 :**

- **Pour le sportif majeur, un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique du volley, y compris en compétition, datant de moins de 3 saisons, sous réserve d'avoir renseigné un « 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 de l'absence de contre-indication à la pratique du Volley, y compris en compétition, est nécessaire pour obtenir cette extension.**
- **Pour le sportif mineur, pas de certificat médical, sous réserve que le représentant légal ait renseigné un « Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur » et ait 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 la pratique du Volley, y compris en compétition, est nécessaire pour obtenir cette extension.**

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](http://www.afld.fr)) et nécessiter une demande d'A.U.T. (Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques)

## **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](http://www.afld.fr).

**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

<b>Depuis l'année dernière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
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"/>
<b>Aujourd'hui</b>		
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"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>		
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.**