



#DRAGONS ACADEMY

DOSSIER D'INSCRIPTION 2024 - 2025

2024

2025

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ____

Lieu de naissance : _____

Taille en cm : _____

Nationalité Française : oui non Si non quel est votre nationalité : _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Portable joueur _____

Téléphone domicile _____

Email (**MAJUSCULES SVP**) : _____ @ _____

RESPONSABLES LEGAUX (UNIQUEMENT pour les mineurs) :

Père

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____ N° Tél : _____

Adresse (si différente du joueur) : _____

Email (**Bien lisible svp**) : _____ @ _____

Mère

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____ N° Tél : _____

Adresse (si différente du joueur) : _____

Email (**Bien lisible svp**) : _____ @ _____

Autre personne à prévenir en cas d'accident :

Nom : _____ Prénom : _____

Lien de Parenté : _____ N° Tél : _____

DOCUMENTS A RETOURNER PAR EMAIL : eric.rouer@ascannesvolley.com

- La totalité de ce dossier d'inscription dument complété.
- Le formulaire de demande de licence 2024/2025 complété en ayant coché les bonnes cases ☺
- Une photo d'identité **récente**. (sous format numérique).
- La pièce d'identité recto/verso du joueur **si création ou mutation**.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____ autorise mon fils (ma fille) _____ :

- A pratiquer le volley-ball au sein de l'AS Cannes Volley-ball, à suivre les entraînements, les compétitions, et les stages. De participer aux divers déplacements organisés durant la saison sportive à bord du véhicule de l'association ou personnel d'un membre ou parent accompagnateur.

Également, donne l'autorisation à l'association précitée (ou responsable) :

- De prendre les mesures qui s'imposent dans le cas d'un accident sportif ou de circulation, et autorise à l'équipe médicale d'effectuer les soins appropriés à la pathologie de mon enfant.
- De transporter mon enfant vers un établissement sanitaire, si besoin.
- A présenter mon enfant aux sélections départementales et régionales.
- De transmettre, au club, les éventuelles allergies, maladies....
- D'être photographié, filmé, publié ou diffusé sur le site du club ou d'autres journaux... Toutefois, la publication ou diffusion de l'image de mon enfant, ainsi que les légendes ou commentaires, accompagnant ladite publication, ne devront porter atteinte à sa dignité, vie privée et réputation.
- A faire évoluer mon enfant dans une catégorie d'âge supérieure (soumis à autorisation médicale).

Le club n'est pas responsable des joueurs en dehors des horaires d'entraînement et des matchs. Vous devez vous assurer de la présence de l'entraîneur.

Toute attitude non conforme à l'éthique sportive ou irrespectueuse envers toute personne présente, pourra entraîner des sanctions.

Cette autorisation reste valable sans limitation de durée et vous remercie de l'intérêt porté à cet agrément.

Notes personnelles (que le club se doit de savoir) allergies, maladies :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

(Parents ou tuteur légal)

DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je soussigné (e) _____, agissant en qualité de _____ (préciser : père, mère, détenteur de l'autorité parentale, représentant légal, tuteur) du mineur _____ (nom et prénoms du mineur), demande l'autorisation afin que ce dernier puisse quitter de manière anticipée la structure dans laquelle il doit être pris en charge par vos soins ou rejoindre, après un entraînement ou un match, le domicile parental par ses propres moyens.

A cette fin, je dégage la responsabilité de la structure d'accueil de type association sportive de Cannes section volley-ball ainsi que ses représentants légaux.

Fait à _____ (ville), le _____ (date)

Le Représentant du Club
(Nom - Prénom et signature)

Le ou les parents
(Noms - Prénoms et signatures)

Nota : Le signataire de la décharge doit détenir l'autorité parentale (père, mère, tuteur, représentant légal...).
Les parents séparés doivent signer conjointement la décharge.

COTISATIONS DRAGONS 2024-2025

A Savoir :

- Pour les règlements de la cotisation, vous avez la possibilité de paiement en 4 fois selon l'échéancier ci-dessous. (Chèque à l'ordre de l'AS Cannes Volley-Ball ou virement). En cas de règlement comptant une remise de 10% sera appliquée.
- Membres d'une même famille : **10%** appliqué sur le total des cotisations.
- **La licence Beach Volley** vous sera proposée ultérieurement ou à votre demande avec tarif spécifique.

La cotisation inclus le tarif de la licence ainsi que l'équipement remis à l'inscription :

Par exemple pour la catégorie M18

50 € de cout Fédération Française de volley

20 € de cout Ligue Côte D'azur

8 € de cout Comité départemental

120 € de coût d'équipement (maillot/short/survêtement).

❖ Cotisation Dragons :

Baby , M7 et M9 (né en 2016 et +) <i>Si M9 s'entraînant avec M11 = 300 €</i>	240 €
M11 (né en 2014 et 2015)	300 €
M13 (né en 2012 et 2013)	360 €
M15 (né en 2010 et 2011)	375 €

M18 (né en 2007, 2008 et 2009)	375 €
M21 (né de 2004, 2005 et 2006)	375 €
Seniors et Masters (né en 2003 et avant)	375 €
Détentes Compétition	240 €
Détentes Sans Compétition	110 €

	Base à l'inscription	1 ^{er} déc	01-févr	01-mars	Total
Baby	120 €	40 €	40 €	40 €	240 €
M11	120 €	60 €	60 €	60 €	300 €
M13	120 €	80 €	80 €	80 €	360 €
M15 - Seniors	120 €	85 €	85 €	85 €	375 €

- Afin de faciliter le traitement de l'enregistrement de votre licence, vous avez la possibilité d'effectuer un **virement bancaire** en précisant sur l'ordre de virement l'intitulé suivant : **Cotisation24-25-NOM de Famille**.

Et **scanner l'ensemble du dossier au Complet par email :**

eric.rouer@ascannesvolley.com



VIREMENT BANCAIRE

Crédit Mutuel					
RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE					
Identifiant national de compte bancaire - RIB					
Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise	Domiciliation
10278	08957	00020008401	04	EUR	CCM CANNES CENTRE CROISSETTE
Identifiant international de compte bancaire					
IBAN (International Bank Account Number)			BIC (Bank Identifier Code)		
FR76	1027	8089 5700 0200 0840 104	CMCIFR2A		
Domiciliation			Titulaire du compte (Account Owner)		
CCM CANNES CENTRE CROISSETTE			ASS SPORTIVE CANNES VOLLEY BALL		
87 RUE FELIX FAURE			BP 30106		
06400 CANNES			16 AVENUE PIERRE DE COUBERTIN		
☎ 04 92 28 43 63			CANNES LA BOCCA		
			06150 CANNES		
Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.			PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ		



FORMULAIRE LICENCE – SAISON 2024/2025

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 <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		 <h2 style="text-align: center;">AS CANNES VOLLEY</h2>	NUMERO DU GSA <h2 style="text-align: center;">0060007</h2>
Licence ENCADREMENT EXTENSION AVEC Certif.Médical <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT EXTENSION SANS CM <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE			
Licence HORS COMPETITION <input type="checkbox"/> EXTENSION Loisirs			
Licence TEMPORAIRE <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		NOM D'USAGE :		PRENOM :		NOM DE NAISSANCE :	
		DATE DE NAISSANCE :		LIEU DE NAISSANCE :			
		NATIONALITE : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère		PAYS :		Code ISO : / / / /	
		ADRESSE :		CP :		VILLE :	
		TEL :		PORTABLE :			
		EMAIL* :					

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

SUIVI MEDICAL [OBLIGATOIRE]

Suivi médical – Majeurs
 Pour toute licence hors Encadrement Extension Dirigeant, le soussigné atteste sur l'honneur [cocher toutes les cases] :

(obligatoire) avoir produit un certificat médical d'absence de contre-indication (CMNCI) à la pratique du sport datant de moins de 3 saisons,
 (obligatoire) avoir répondu NON à tout le QS – FFvolley Majeurs http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_2024-25.pdf ; en cas de réponse OUI à une des questions, la production d'un CMNCI datant de moins de 6 mois est requise.

Suivi médical – Mineurs
 (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 http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_sportifs_mineurs_2024-25.pdf ; en cas de réponse OUI à une des questions, la production d'un CMNCI de moins de six mois est requise.

N.B. : pour toute licence Encadrement Extension Arbitre, la production d'un examen ophtalmologique 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 : http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/licences/FFvolley_Fiche_Pratique_Control_Honorabilite.pdf

(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

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) :

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)

Reconnaiss être informé de 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).

Reconnaiss 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 0,58€ 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 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 17 rue Georges Clemenceau, 94607 Choisy le Roi Cedex.

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 ».

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'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'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 : <ul style="list-style-type: none"> dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux, prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale, soins dentaires et optiques, en cas d'hospitalisation : la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) // si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet, frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, et d'une façon générale tous frais de santé prescrites 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		
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 5,95€	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 : 0 800.875.875
 contrat MAIF n° 3087988J - Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable de MAIF Assistance.

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.

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNECOMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille un garçon Ton âge : ans

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.



QUESTIONNAIRE DE SANTE FFvolley"

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