GUIDE D'INSCRIPTION
SAISON 2026-2027

Communication : S'assurer que vous êtes bien ajouté au groupe WhatsApp pour avoir toutes les informations

Les documents nécessaires : Préparez l'ensemble des pièces à fournir

Certificat médical (ou questionnaire santé)

Les mutations : Vérifiez si des frais de mutation sont à régler, et assurez-vous de finaliser cette étape dans les délais.

Pour les nouveaux licenciés : copie d'une pièce d'identité + 1 photo d'identité

Le règlement des cotisations : consultez les tarifs en fonction de votre catégorie

FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2026-2027

1

Rassemblez les documents nécessaires

Veillez à remplir l'ensemble des documents requis, notamment : le formulaire de licence pour la saison 2026/2027, la fiche d'inscription 2026/2027, le questionnaire de santé, le certificat médical (obligatoire pour les mineurs surclassés), ainsi que, pour les nouveaux licenciés, une copie d'une pièce d'identité et une photo d'identité.

2

Certificat médical

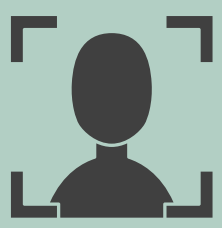
Pour les jeunes surclassés, un certificat médical est obligatoire. Vous devez également compléter le questionnaire de santé de la FFVB. Pour les adultes, le certificat médical n'est plus obligatoire.

3

Le règlement des cotisations

Vérifiez les tarifs correspondant à votre année de naissance et réglez le montant par chèque ou virement bancaire. Le Pass'Sport, les coupons sport, la carte Sortir et les chèques vacances sont également acceptés.

4



Nouveau licencié

Si vous êtes un nouveau licencié, envoyez une copie de votre carte d'identité et une photo d'identité (format JPEG) par mail à MVBC35@yahoo.fr

5

Les mutations

Si vous êtes un nouveau licencié en provenance d'un autre club, vérifiez si votre situation nécessite une mutation. Le cas échéant, réglez les frais de mutation afin de finaliser votre inscription dans les délais. Les indemnités de formation pour jeunes sont à régler aussi

6

Communication

Vérifiez que vous avez bien été ajouté au groupe WhatsApp correspondant à votre catégorie. Le cas échéant, contactez le responsable pour y être intégré.

FICHE D'INSCRIPTION
2026-2027

RENSEIGNEMENTS

NOM Prénom

Date de naissance

Adresse

Ville | Code postal

Tel Parent 1 | Tel Parent 2

Tel licencié | Mail

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) Nom/prénom | Agissant en qualité de représentant légal de

l'enfant Nom/prénom

◯ Autorise mon enfant à pratiquer le volley-ball au sein du Montgermont VolleyBall Club.

◯ Autorise ou ◯ n'autorise pas mon enfant à quitter seul le lieu d'entrainement ou de compétition.

◯ Autorise ou ◯ n'autorise pas les responsables du club à prendre toutes les mesures utiles en cas d'accident

◯ Autorise ou ◯ n'autorise pas les responsables du club à publier les photos de mon enfant dans les publication du MVBC (réseaux sociaux, sites internet, affiches etc...)

Fait à | le | Signature

DOCUMENTS A JOINDRE

◯ Formulaire de licence FF Volley complété et **signé.**

◯ Règlement de la cotisation par chèque (chèques vacances acceptés) ou **par virement bancaire en indiquant le nom et prénom du licencié**.
IBAN : FR76 1558 9351 0404 6284 0964 033 BIC : CMBRFR2BXXX

◯ Questionnaire santé à compléter par le sportif. **(ne pas retourner le questionnaire au club)**

◯ Certificat médical pour les mineurs surclassés.

◯ Nouveaux licenciés : copie d'une pièce d'identité + 1 photo d'identité (format JPEG).

◯ En cas de mutation, les frais sont à la charge exclusive du joueur.

TARIFS COTISATION 2026-2027

Année	2021/2020	2019/2018	2017/2016	2015/2014	2015/2014	2013/2012	2011 à 2009	2013 à 2009	2008 à 2006	2005 et avant	
Catégorie	M7	M9	M11	M13F	M13M	M15 F1	M18 F1	M15/M18 F2	M21	Sénior F ou M	Loisirs
Tarif	115€	130€	140€	145€	145€	150€	160€	150/ 160€	170€	190€ (180€ étudiant)	140€
Créneaux d'entrainement	Samedi 11h30/12h30	Jeudi 17h30/18h45 Samedi 10h/11h15	Lundi 17h30/19h Vendredi 17h30/19h	Lundi 17h30/19h Vendredi 17h30/19h	Mardi 18h/19h30 Vendredi 19h/20h30	Mardi 18h/19h30 Vendredi 19h/20h30	Mardi 18h/19h30 Vendredi 19h/20h30	Lundi 19h/20h30 Vendredi 19h/20h30	**Départemental M** Mardi - 21h-22h30 **Pré regionale F** Lundi - 19h-20h30 et Vendredi - 20h30-22h **Régionale F** Mardi - 19h30-21h etVendredi - 20h30 -22h **Nationale 2 F** Mardi - 19h30-21h et Jeudi - 20h30-22h		Mardi 21h/22h30 (+ Compet lib : lundi 19h-20h30)

CHARTE MORALE
2026-2027

Le Montgermont Volley-Ball Club (MVBC) est avant tout une association : un lieu de rencontres, d'apprentissage, d'épanouissement, de partage d'émotions, de respect et de convivialité. Chaque licencié, qu'il soit joueur, parent ou bénévole, contribue à faire vivre le club au quotidien.
Cette charte a pour objectif de rappeler les valeurs que nous souhaitons partager et faire respecter. Elle est un engagement moral de tous envers le bon fonctionnement et l'esprit du club.

1. Engagements des licenciés

Chaque joueur représente le club, sur et en dehors du terrain. C'est pourquoi nous attendons de tous les licenciés qu'ils :

- **Fassent preuve de ponctualité** et préviennent leur entraîneur en cas d'absence ou de retard,
- **Respectent les installations sportives** (matériel, locaux) et participent activement à l'installation et au rangement du matériel,
- **Adoptent une attitude respectueuse** envers leurs coéquipiers, adversaires, arbitres, entraîneurs, officiels et spectateurs,
- **S'impliquent dans la vie sportive du club** en participant aux compétitions lorsqu'ils sont convoqués.

2. Implication attendue des parents (ou tuteurs) des jeunes licenciés

Le soutien des familles est essentiel pour le bon développement des jeunes joueurs et la bonne organisation du club.
Il est donc demandé aux parents de :

- **Accompagner** leur enfant lors des matchs, à tour de rôle selon un planning transmis par l'encadrement,
- **Contribuer à l'organisation** logistique (transports, goûters, accueil des équipes...) des compétitions,
- **Participer ponctuellement aux événements** du club (tournois, plateaux, animations...),
- **Respecter les rôles de chacun**, notamment en ne prenant pas part aux décisions de coaching ou aux remarques pendant les rencontres. En cas de question, les entraîneurs sont disponibles en dehors des temps de jeu pour échanger.

3. Participation à la vie du club

Le développement du club repose sur l'engagement de tous. Face à l'augmentation du nombre de licenciés, l'implication de chacun devient indispensable pour préserver la qualité de l'encadrement.
Ainsi :

- Chaque licencié doit se rendre disponible, ponctuellement, pour participer à différentes missions telles que : la tenue de la table de marque, l'arbitrage, le coaching ou encore l'encadrement des plus jeunes.
- Chaque équipe senior devra compter au minimum deux joueurs formés à l'arbitrage, afin de garantir la couverture des besoins du club en matière d'arbitrage et de table de marque.

NEW

Signature du licencié et des parents pour les mineurs

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

Licence COMPETITION

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

Licence ENCADREMENT

EXTENSION ☐ ARBITRE ☐ EDUCATEUR SPORTIF ☐ SOIGNANT

EXTENSION ☐ DIRIGEANT ☐ PASS BENEVOLE

Licence HORS COMPETITION ☐ EXTENSION Loisirs

Licence TEMPORAIRE ☐ Validité 1 Mois ☐ Validité 3 Mois

NOM DU GSA

Montgermont Volley Ball Club

NUMERO DU GSA

035 83 14

Niveau de Jeu pour la Licence Compétition Extension Volley-Ball

☐ LNV ☐ National ☐ Régional/Départemental

TYPES DE DEMANDE

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

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 : .....

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 ☐ 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 - 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_Controle_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.232-67-18 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.

www.ffvolley.org - - @ffvolley

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 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 (0.66 € 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.	
IPP <30%	20 000 €	Néant
30%<= IPP <66%	50 000 €	
66%<= IPP <=100%	100 000 € (versé à 100% si tierce personne)	
FRAIS DE TRAITEMENT (1)	125 % de la base de remboursement Sécurité Sociale	Néant
BONUS SANTE	Au-delà des prestations de base ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « BONUS SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1.500 €. Ce Bonus Santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur. **L'assuré pourra disposer de ce Bonus pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :** • dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux, • prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale, • soins dentaires et optiques, • en cas d'hospitalisation : la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) /// si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet, • frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, **et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.**	Néant
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100 %	Néant
INDEMNITE HOSPITALISATION	15 €/jour à compter du 1er jour d'hospitalisation (dans la limite de 150 jours	Néant
SOINS DENTAIRES ET PROTHESES	150 € par dent	Néant
APPAREIL ORTHODONTIQUE	80 € par accident	Néant
OPTIQUE	Lunettes : 200 € par accident (verre + monture) Lentilles non jetables : 100 € par lentille	Néant
FRAIS DE TRANSPORT		Néant
Frais de 1er transport	100 %	
Transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	160€ par accident	

(1) Les Assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.

OPTIONS COMPLEMENTAIRES A et B : Tout licencié de la FF Volley peut souscrire à titre individuel, à des garanties complémentaires en cas de dommage corporel suite à un accident de sport en sus des garanties de base.
Le complément de cotisation est perçu avec l'adhésion à la licence.

GARANTIES COMPLEMENTAIRES	OPTION A	OPTION B	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**.

QUESTIONNAIRE DE SANTE - FFvolley Majeurs

En complément de ce questionnaire de santé « FFvolley Majeurs », dans le cadre de sa mission réglementaire de surveillance médicale des licenciés, la FFvolley vous incite fortement à effectuer une consultation médicale avec un médecin du sport :

- tous les 3 ans entre 12 et 25 ans, pour notamment la réalisation d'un électrocardiogramme (ECG) de repos.

- A partir de 35 - 40 ans une consultation annuelle avec votre médecin traitant pour évaluation du risque cardiovasculaire est conseillée.

Ces recommandations sont basées sur la position commune du club des cardiologues du sport dont les 10 règles d'or sont les suivantes :

https://www.clubcardiosport.com/sites/www.clubcardiosport.com/files/inline-files/CCS%20affiche_regles_d_or_HD%20.pdf »

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

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.

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 :**

Rappel :

L'intéressé doit compléter un « Questionnaire relatif à l'état de santé FFvolley-Majeurs » ou un « Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineurs » et attester sur son formulaire de demande de licence, que toutes les rubriques du questionnaire ont donné lieu à une réponse négative. Dans le cas contraire, il devra fournir un certificat médical, datant de moins de 6 mois, attestant l'absence de contre-indication à la pratique du Volley, y compris en compétition.

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

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.