



# **MO MOLIGINS VB**

## **1977 - 2017**

Dossier d'inscription 2017.2018.

Les dossiers doivent être totalement rempli, même par les anciens licenciés.

Les paiements doivent être complets (date d'encaissement au dos 15.10 et 15.11)

Possibilités de plus d'échéances à partir de 2 licences.

Pour les règlements en espèces, uniquement au bureau et contre un reçu.

Les pièces jointes - Demande de licence, photo, CI, doivent être fournies en même temps que le reste.

A partir du 4 septembre des permanences seront organisées.

A LIRE ABSOLUMENT AVANT DE REMPLIR LE DOSSIER



Vous trouverez dans ce document :

**Dossier d'inscription. Toutes les parties en orange sont à remplir obligatoirement.**

Aucune licence ne sera saisie sans le paiement complet.

Fiche de demande de licence.

Fiche médicale (Pour les doubles ou triples surclassement - voir avec le bureau)

Pour ceux ayant donné un certificat la saison dernière, **questionnaire de santé** (Nouvelle loi)

\* Signifie que vous devez signer

Le club vous propose des équipements de base et de qualité.

Exemple les genouillères Mikasa au prix de 21.00€ sont en vente sur internet à 23.00€

La Donation. 3 bonnes raisons.

1 - Vous aidez votre club à grandir.

2 - Vous faites une économie de 30% sur le coût de votre licence (Donation Or)

3 - Nous vous offrons, un TS, un Polo, ou les 2

Nous pouvons inclure, l'équipement dans la donation, Pensez y.

Vous êtes ou vous connaissez un partenaire pour le club, merci de nous le signaler. C'est essentiel pour l'association.

La Pro. Notre club a la chance d'avoir une équipe pro féminine, c'est notre vitrine pour les sponsors. Nous avons donc besoin de votre soutien et de votre présence.

3 dates. Le Vendredi 8 Septembre 2017 - AG du club à 18H30 suivi de la présentation de l'équipe.

Le 23 Septembre 2017 à 20H, ouverture du championnat face à Bordeaux.

Le 21 Octobre 2017 à 20H, nous fêtons les 40 ans du club, match face à Romans, Animations avant et après .

Que cette saison soit aussi belle que les précédentes.

Frédéric le Président



## Double de la licence

Photo

L'AG du club a décidé que tous les licenciés recevraient un équipement comprenant maillot, short, Haut et bas de survêtement et un TS de chauffe. Le club en prendra une partie en charge.

Nom:

Prénom:

Catégorie:

# DOSSIER INSCRIPTION MOM 2017/2018

### Pièces à joindre :

- 2 Photos
- Bordereau FFVB
- Certificat Médical
- Règlement
- Pièce d'identité
- (2 si muté ou création)

### CADRE RESERVE AU MOM

- Remis le : \_\_\_\_\_ Renouvellement :
- A : \_\_\_\_\_ Création :
- Règlement : Espèces  Mutation :
- Chèques
- C.E  N° Licence : \_\_\_\_\_ Catégorie : \_\_\_\_\_
- ANCV  Licence saisie le : \_\_\_\_\_
- Type de licence : Compétition  Compet'lib  Volley pour tous
- Dirigeant  Encadrement  Beachvolley

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance:     /     /     à.....Dép :.....

Nationalité:   Française    U.E    Autres : .....

N°:.....Adresse:.....

Code Postal:.....Commune :.....

Portable licencié: 0 / / / / / .   Fixe: 0 / / / / /

Adresse email :.....@.....

Confirmation :.....@.....

Pour les mineurs:

Portable Père: 0 / / / / / .   Fixe: 0 / / / / /

Adresse email :.....@.....

Confirmation :.....@.....

Portable Mère: 0 / / / / / .   Fixe: 0 / / / / /

Adresse email :.....@.....

Confirmation :.....@.....

## Mieux vous connaître, pour mieux s'adapter.

### Mensurations

Taille : M

Poids : Kg

Pointure :

Taille Haut :

Taille Bas :

Initiales :

**Ton numéro** : De 1 à 18

Le numéro est attribué en fonction :

1 - de l'ancienneté au club

2 - la date de prise de licence

Choix N°1 - ..... Choix N°2- .....Choix N°3-.....

La saison dernière

Ton club en 2016-2017 :.....

Ton club en 2015 - 2016 : .....

Es tu marqueur ? Oui  Non

Es tu arbitre ? Oui  Non  si oui FFVB  UNSS  si oui ton niveau :

Es tu entraîneur ? Oui  Non  si oui ton niveau :

**Votre profession, peut être utile au club. Du type agent immobilier quand nous recherchons des logements.**

**Hobby, par exemple artistique**

Profession ou hobby

Ta profession :..... Hobby:.....

Entreprise:.....

Pour les mineurs :

La profession du père :.....Hobby:.....

Entreprise:.....

La profession de la mère :.....Hobby:.....

Entreprise:.....

**Mes idées pour le MOM :**

### Renseignements club:

Manager général : Quentin Hardy 06.13.68.34.04

Administration générale : Véronique Laureau 06.98.42.53.14

Partenariat : Frédéric Pastorello 06.84.61.96.16

# Autorisation parentale

Je soussigné(e) .....autorise ma fille/mon fils.....

A pratiquer le volley-ball au sein du club, à suivre les entraînements, les compétitions, les stages ainsi que toutes les activités et déplacements organisés par le M.O.M durant toute la saison 2017-2018.

A prendre goûter ou collation.

J'autorise le club (ou son représentant)

A prendre les mesures médicales adéquates dans le cas d'un accident sportif ou de la circulation (en cas de non possibilité de communication avec la personne responsable)

A présenter mon enfant aux sélections départementales ou régionales.

A prendre des photos, vidéos de mon enfant et de les diffuser dans le cadre de la communication interne et externe du club, ainsi que sur tous supports papier, audiovisuel, internet....

A faire évoluer mon enfant dans une catégorie d'âge supérieure (soumis à autorisation médicale)

A être véhiculer pour dans le cadre de stage, d'entraînements ou de compétitions.

Le club n'est en rien responsable des joueurs mineurs en dehors des horaires d'entraînements ou de compétition. Vous devez vous assurer de la présence des éducateurs.

Toute attitude non conforme à l'éthique sportive ou irrespectueuse des parents ou des licenciés, envers toute personne présente, entraînera des sanctions, voire le renvoi du licencié.

Signature du responsable légal

Signature du licencié



En cas d'urgence :

1 - Mr ou Mme.....Tel:.....

2 - Mr ou Mme.....Tel:.....

3 - Mr ou Mme.....Tel:.....

## La tenue

Pour les entraînements à partir de M11 : Short ou survêtement - Tee-shirt ou Maillot  
Chaussure technique de salle - Genouillères - Bouteille d'eau.

Pour les Baby, M7/M9 - Idem - Chaussures de sport standard.

Pour les rencontres officielles - Maillot et Short de la saison - Compris dans la licence.

## Pourquoi la donation.

Les subventions des collectivités locales baissent de plus en plus, il faudra donc dans le futur que les licenciés apportent plus dans le financement des structures associatives. La donation est un acte neutre pour votre budget, mais sûrement pas pour celui de votre club. Alors merci de nous faire confiance et de nous aider par ce geste.

Catégorie	FFVB	LCAVB	CDAM	Total lic	Equip	Cotis	Total Gl	Don Ar	Don Or	Total	Base Cerf	CERFA	Total H.I.	Dot Sup
<b>Seniors</b>	39,35 €	21,00 €	4,55 €	64,90 €	70,00 €	158,65 €	280,00 €			280,00 €	0,00 €	0,00 €	280,00 €	
Don Arg	39,35 €	21,00 €	4,55 €	64,90 €	70,00 €	158,65 €	280,00 €	180,00 €		460,00 €	400,00 €	264,00 €	196,00 €	TS N°2
Don Or	39,35 €	21,00 €	4,55 €	64,90 €	70,00 €	158,65 €	280,00 €		290,00 €	570,00 €	570,00 €	376,20 €	193,80 €	POLO CLUB
<b>M20/M17</b>	37,30 €	19,00 €	4,55 €	60,85 €	70,00 €	139,15 €	270,00 €			270,00 €	0,00 €	0,00 €	270,00 €	
Don Arg	37,30 €	19,00 €	4,55 €	60,85 €	70,00 €	139,15 €	270,00 €	180,00 €		450,00 €	400,00 €	264,00 €	186,00 €	TS N°2
Don Or	37,30 €	19,00 €	4,55 €	60,85 €	70,00 €	139,15 €	270,00 €		270,00 €	540,00 €	540,00 €	356,40 €	183,60 €	POLO CLUB
<b>M15/M13</b>	20,95 €	10,00 €	3,55 €	34,50 €	70,00 €	135,50 €	240,00 €			240,00 €	0,00 €	0,00 €	240,00 €	
Don Arg	20,95 €	10,00 €	3,55 €	34,50 €	70,00 €	135,50 €	240,00 €	180,00 €		420,00 €	380,00 €	250,80 €	169,20 €	TS N°2
Don Or	20,95 €	10,00 €	3,55 €	34,50 €	70,00 €	135,50 €	240,00 €		250,00 €	490,00 €	490,00 €	323,40 €	166,60 €	POLO CLUB
<b>M11/M9</b>	20,95 €	4,00 €	3,50 €	28,45 €	70,00 €	121,55 €	220,00 €			220,00 €	0,00 €	55,00 €	165,00 €	
Don Arg	20,95 €	4,00 €	3,50 €	28,45 €	70,00 €	121,55 €	220,00 €	180,00 €		400,00 €	360,00 €	237,60 €	162,40 €	TS N°2
Don Or	20,95 €	4,00 €	3,50 €	28,45 €	70,00 €	121,55 €	220,00 €		250,00 €	470,00 €	470,00 €	310,20 €	159,80 €	POLO CLUB
<b>COMP'LIB</b>	23,00 €	12,00 €	19,15 €	54,15 €	70,00 €	115,85 €	240,00 €			240,00 €	120,00 €	79,20 €	160,80 €	
Don Or	23,00 €	12,00 €	19,15 €	54,15 €	70,00 €	115,85 €	240,00 €		200,00 €	440,00 €	440,00 €	290,40 €	149,60 €	POLO CLUB
<b>VPT</b>	15,00 €	0,00 €	3,50 €	18,50 €		91,50 €	110,00 €			110,00 €	0,00 €	0,00 €	110,00 €	
Don Or	15,00 €	0,00 €	3,50 €	18,50 €		91,50 €	110,00 €		190,00 €	300,00 €	300,00 €	198,00 €	102,00 €	POLO CLUB
<b>EDV</b>	12,95 €	4,00 €	3,60 €	20,55 €	40,00 €	119,45 €	180,00 €			180,00 €	0,00 €	0,00 €	180,00 €	
Don Or	12,95 €	4,00 €	3,60 €	20,55 €	40,00 €	119,45 €	180,00 €		180,00 €	360,00 €	360,00 €	237,60 €	122,40 €	TS N°2

### \* Le donateur Or recevra le TS N°2 et le Polo

Possible intégration des coûts d'équipements et de mutation, dans la donation.

Nous prenons les prises en charge de CE.

Réduction famille - SAUF SUR DONATION - A partir du second membre de la famille - 20.00€ par personne supplémentaire

### Mutation et surclassements

A partir de M17. 163.00€ Mutation nationale - 80.00 € Mutation Régionale

Sur-classement à la charge du club à 100%. Coûts médicaux à la charge des familles.



Offerts pour la donation  
Argent - TS Technique anti  
transpirant Orange  
Logo 40 Ans



Offerts pour la donation  
Or - Polo Noir Logo 40 Ans

Votre choix de licence :

Classique:

En 3 chèques : à la signature au 15 Octobre au 15 Novembre

Donateur Argent :

Taille du TS :

En 3 chèques : à la signature au 15 Octobre au 15 Novembre

Donateur Or :

Taille du Polo :

En 3 chèques : à la signature au 15 Octobre au 15 Novembre

Nom et prénom : .....

du bénéficiaire du CERFA de déduction fiscale:

Adresse : .....

Code Postal:.....Commune : .....

Adresse email : .....@.....

Les CERFA sont envoyés par mail a votre demande.

#### Calcul

Licence : .....=.....

Mutation Nat :163€=.....

Mutation Reg : 80€ =.....

Equipement :

TS - 10€ x.....=.....

Les 2TS - 17€ x .....=.....

Genouillères 21€ x...=.....

Sac à dos 18€ x.....=.....

Sweat 25€ x .....=.....

Serviette 10€ x.....=.....

Pack - 80€ x.....=.....

Survêt - 68€ x .....=.....

Remise famille 20€ =-.....

Total.....=.....

Total CERFA ... =.....

En 1 fois = Total ci-dessus

En 3 Fois =.....

CE (Nom) : .....

Signataire : .....

.....

Date Le :

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club



FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

## TYPE DE LICENCE et Options

- COMPETITION VOLLEY-BALL  
 COMPETITION BEACH VOLLEY  
 COMPETITION PARA-VOLLEY  Sourds  Assis  Autre  
 ENCADREMENT  
 DIRIGEANT  
 COMPET LIB  VB/BV  Sourds  Assis  Soft  Fit  
 VOLLEY POUR TOUS  VB/BV  Sourds  Assis  Soft  Fit

## NOMDUGSA

M.O.MOUGINS VB

## NUMERO DU GSA

0068454

## TYPE DE DEMANDE

- CREATION  
 RENOUELEMENT  
 MUTATION NATIONALE  
 MUTATION REGIONALE  
 MUTATION EXCEPTIONNELLE

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : ..... SEXE :  F  M  
NOM : ..... PRENOM : .....  
TAILLE : ..... DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....  
NATIONALITE :  Française  AFR Assimilé Français  Etrangère (UE/Hors UE)  ETR/FIVB (UE/Hors UE)  
 ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE)  ETR/FIVB-UE-REG (UE)  
ADRESSE : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE : .....  
TEL : ..... PORTABLE : .....  
EMAIL : .....

www.ffvb.org



@FFVolleyball

## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr .....  
atteste que M / Mme .....  
ne présente aucune contre-indication à :  
 la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition  
 la pratique du Beach Volley, y compris en compétition  
 la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition  
 la pratique du Volley Assis, y compris en compétition  
Fait le ..... Signature et cachet du Médecin :  
\*

## SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr .....  
atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans  
les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple sur-  
classement dans le respect des règlements de la FFVB.  
Fait le ..... Signature et cachet du médecin :  
\*

## QUESTIONNAIRE DE SANTE

J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »  
[http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs\\_sport.pdf](http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf)

## INFORMATIONS ASSURANCES

Je soussigné, ..... atteste avoir été informé des risques liés à la  
pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt et de la possibilité de souscrire à l'une des garanties d'assurance indivi-  
duelle Accident Corporel proposée avec ma licence (base, option A ou B).  
 Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.  
 Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ TTC).  
 Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :  
++ **Option A (5,02€ TTC)** ou ++ **Option B (8,36€ TTC)**.  
 Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquiesce pas le montant de la prime d'assurance  
correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. 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, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.  
 J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.  
 J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.  
 J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires \*

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication  
et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

## NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

\*

## INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

Résumé des contrats GENERALI n°AL910966 et EUROP Assistance n°58631941

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

**Vous êtes licencié à la FFVB :**

**1/ Garantie Responsabilité Civile obligatoire :** Incluse dans la licence. Elle vous assure pendant la pratique de votre sport FFVB contre les conséquences financières des dommages corporels et matériels que vous causez à des tiers.

**2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :**

**La FFVB 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 FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:

- Une garantie « Accident Corporel de base »
- Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre et dans la notice d'information GENERALI référencée FFVB-07/2012 présentée à l'adhérent par son GSA avant signature du présent formulaire.

### Garantie Accident Corporel de base (0,46 € TTC)

Nature de la garantie	Plafonds de garantie
Décès	6.100 € par personne
Invalidité permanente	12.200 € par personne x taux d'invalidité
Indemnité journalière en cas d'hospitalisation	15 € par jour à compter du 1er jour d'hospitalisation avec limitation à 150 jours par accident
Frais de traitement (*)	100% du tarif de convention de la sécurité sociale
Dépassements d'honoraires (*)	majoration de 25 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Bris de lunettes au cours d'activités garanties (trajet exclu) (*)	200 € par sinistre (verre + monture),
Perte ou bris de lentilles non jetables (*)	100 € par lentille
Dent fracturée (*)	150 € par dent
Bris de prothèse (3 dents et plus) (*)	150 € par dent
Premier appareillage non pris en charge par la Sécurité Sociale	80 € par victime et par accident

(\*) En complément des prestations servies par la Sécurité Sociale et les mutuelles complémentaires, dans la limite des frais réels.

<b>Assistance rapatriement</b> Prestations délivrées par EUROP Assistance- contrat n°58631941 appelez le +33.(0)1.41.85.92.18	Rapatriement : frais réels Frais médicaux à l'étranger (*) : 152.500 €
--	---

### OPTIONS A et B COMPLEMENTAIRES à la garantie de base :

Les options vous permettent d'améliorer votre couverture d'assurance et ainsi d'être encore mieux protégé lors de la pratique de votre sport. Les montants indiqués dans le tableau s'ajoutent aux montants de la garantie de base.

NATURE DES DOMMAGES	OPTION A 5,02 € TTC	OPTION B 8,36 € TTC
Décès	10.000 €	20.000 €
Invalidité permanente totale	10.000 €	20.000 €
Invalidité permanente partielle	10.000 € x taux d'invalidité	20.000 € x taux d'invalidité
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365ème jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

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 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.

### VIE DU CONTRAT D'ASSURANCE :

Le contrat se compose du présent formulaire de demande de licence et de la notice d'information référencée FFVB-07/2012 et ses annexes dont le licencié reconnaît avoir pris connaissance.

### PRISE D'EFFET DES GARANTIES/ DUREE :

La garantie prend effet le jour de l'enregistrement de la licence auprès de la FFVB et du règlement de la prime correspondante.

Elle prend fin le jour où ma licence FFVB pour la saison en cours n'est plus valide.

**ASSUREUR :** GENERALI IARD, SA au capital de 59.493.775 €, Entreprise régie par le code des assurances – 7 Bd Haussmann 75456 PARIS Cedex 09 – RCS PARIS 552062663 - Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026. Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par la Loi Française.

La langue des relations précontractuelles et contractuelles est le français.

### MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS

En cas de désaccord, vous pouvez adresser une réclamation écrite avec le motif du litige et les références du dossier à : GENERALI – SERVICE RECLAMATIONS – 7, Boulevard Haussmann – 75456- PARIS Cedex 09

Si vous avez adhéré au présent contrat en utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance et à des fins n'entrant pas dans le cadre de votre activité commerciale ou professionnelle, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires à compter du jour de la conclusion du contrat (réputé être la date d'effet des garanties mentionnée dans le bulletin d'adhésion) pour y renoncer sans justifier de motifs ni supporter de pénalités. Ce droit ne s'applique pas si vous avez déclaré un sinistre mettant en jeu les garanties.

Dans ce cas, pour renoncer au contrat, adressez une lettre recommandée avec accusé de réception, rédigée suivant le modèle ci-dessous à l'adresse : AIAC – 14 rue de Clichy – 75311 Paris Cedex 9

Je soussigné \_\_\_\_\_, renonce par la présente à l'adhésion au contrat d'assurance Individuelle Accident n° AL910966 que j'avais souscrit à distance le \_\_\_\_\_.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_, SIGNATURE»  
Les garanties cessent à la date de réception de la renonciation. Le cas échéant, les cotisations déjà versées me seront remboursées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie écoulée.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
Signature du licencié :

### INFORMATION

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, 14 rue de Clichy, 75009 Paris**  
**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 FFVB (rubrique assurances).

Pour faire appel à EUROP ASSISTANCE: appelez le +33.(0)1.41.85.92.18. Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable d'Europ Assistance.



# GENERALI





Le certificat médical de non contre - indication du volley-ball nécessite un examen médical à la recherche d'une éventuelle contre-indication à la pratique du volley-ball.

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 :

- **Par l'interrogatoire :**

1. 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) .

2. Symptomatologie cardiovasculaire à l'effort : (palpitations, dyspnée, douleur, malaise, syncope, lipothymie,...)

- **La réalisation d'un électrocardiogramme (recommandé) :**

1. Dès la première licence et tous les 3 ans de 12 ans à 20 ans.
2. Tous les 5 ans de 21 à 35 ans.
3. Tous les ans après 35 ans (utiliser la fiche médicale Sénior +).

- **De réaliser un test d'évaluation cardiaque S.T.T (systolic Tension Time) pour les adultes :**

Le sujet doit effectuer la montée d'une marche de 40 cm, y mettre les deux pieds , la redescendre avec le premier pied de montée en reculant et recommencer,24 fois par minute pendant 5 minutes. On mesure la fréquence cardiaque et la pression artérielle au repos , à la fin de l'effort et à la troisième minute de récupération . ON effectue ensuite la multiplication de la fréquence cardiaque exprimée en battements par minute par la pression artérielle exprimée en millimètres de mercure.

- **Conseiller de réaliser une épreuve d'effort à partir de 40 ans chez l'homme.**

- **De réaliser une échocardiographie** selon les résultats de l'ECG , les antécédents familiaux ou devant l'existence d'un souffle organique.

- **De demander des radiographies du rachis devant la notion de douleur lombaire chez l'enfant ou l'adolescent.**

Tout joueur licencié FFVB 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.aafd.fr](http://www.aafd.fr).

**CERTIFICAT MEDICAL  
FICHE B  
Double Surclassement**

Je soussigné (e),..... Docteur en *médecine du sport*  
certifie avoir examiné :

**NOM**.....

**PRENOM**.....

**Né (e) le :**.....

**Numéro de licence :** \ \_ \ \_ \ \_ \ \_ \ \_ \ \_ \

**Nom du Club :**.....

et certifie que son état ne présente pas de contre-indication à la pratique :

- Et/ou  du Volley-Ball, y compris en compétition.
- Et/ou  du Beach-Volley, y compris en compétition.
- Et/ou  du Para Volley – Volley-Assis, y compris en compétition.
- du Para Volley – Volley Sourd (<55 dl), y compris en compétition.

Date de l'Electrocardiogramme :.....

Date de l'Echocardiographie :.....

Date des Radiographies : .....

Fait à....., Le.....

**Signature et cachet du médecin examinateur :**

*(Joindre la copie du compte rendu de l'Echocardiographie et de l'ECG pour le Médecin Fédéral et/ou le Médecin Régional)*

**AVIS DE LA COMMISSION MEDICALE DE LA FFVB ou par dérogation de la CRM**

→ FAVORABLE

→ DEFAVORABLE

Fait à ....., le.....

Signature et cachet du médecin fédéral. Le présent certificat, valable 1 an sauf maladie intercurrente ou accident est remis en mains propres à l'intéressé (e) ou son tuteur légal, lequel a été informé (e) des risques en cas de fausse déclaration lors de l'interrogatoire, pour faire valoir ce que de droit.

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 médecin du sport**

Le certificat médical de non contre - indication du Volley-Ball nécessite un examen médical à la recherche d'une éventuelle contre-indication à la pratique du Volley-Ball.

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 :

- **Par l'interrogatoire :**

1. 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) .

2. Symptomatologie cardiovasculaire à l'effort : (palpitations, dyspnée, douleur, malaise, syncope, lipothymie,...)

- **La réalisation d'un électrocardiogramme (obligatoire) datant de moins de 2 ans.**

- **De réaliser une échocardiographie (obligatoire une fois).**

- **De demander des radiographies du rachis devant la notion de douleur lombaire chez l'enfant ou l'adolescent.**

Tout joueur licencié FFVB 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).



**CERTIFICAT  
à faire remplir par un médecin du sport**

Le certificat médical de non contre - indication du Volley-Ball 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 :

- **Par l'interrogatoire :**

1. 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) .

2. Symptomatologie cardiovasculaire à l'effort : (palpitations, dyspnée, douleur, malaise, syncope, lipothymie,...)

- **La réalisation d'un électrocardiogramme (obligatoire) datant de moins de 2 ans.**

- **De réaliser une échocardiographie (obligatoire une fois).**

- **De demander des radiographies du rachis devant la notion de douleur lombaire chez l'enfant ou l'adolescent.**

Tout joueur licencié FFVB 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](http://www.aflid.fr).

## QUESTIONNAIRE DE SANTE "QS - SPORT"

En application de l'article D. 231-1-3 du Code du sport, la présentation d'un certificat médical d'absence de contre-indication datant de moins d'un an est exigée tous les trois ans lorsque la licence permet la participation aux compétitions organisées par la FFVB et lors de la première prise de licence lorsque celle-ci ne permet pas la participation aux compétitions.

Conformément à l'article D. 231-1-4 du Code du sport, lorsque le certificat médical n'est pas exigé (renouvellement triennal d'une licence permettant la participation aux compétitions ou renouvellement d'une licence ne permettant pas la participation aux compétitions), le sportif doit renseigner le questionnaire de santé ci-dessous.

Ce questionnaire de santé permet de savoir si le licencié doit fournir un certificat médical pour renouveler sa licence.

Si vous avez répondu "Non" à toutes les questions, il n'y a pas lieu de fournir un nouveau certificat médical, mais vous devrez attester sur votre formulaire de demande de licence avoir répondu négativement à toutes les questions de ce questionnaire de santé.

Si vous avez répondu "Oui" à une ou plusieurs questions, vous devrez consulter un médecin et lui présenter le présent questionnaire, afin d'obtenir un certificat médical de non contre indication à la pratique sportive.

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

QUESTIONS	OUI	NON
<b>DURANT LES 12 DERNIERS MOIS</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> c
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> c
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> c
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> 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 ?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> c
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> c
<b>A CE JOUR</b>		
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"/> c	<input type="checkbox"/> c
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> c
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/> c	<input type="checkbox"/> c