Saison : 2020/2021
Volley-Ball
http://www.volleyrouen.fr
volleyrouen@gmail.com

Dossier d'inscription (Catégorie : Jeune)

Informations :

Prénom : ..... **Nom** :... ..... **Date de naissance** : ...../...../..

Courriel : ..... **Tél.**:.....

J'accepte que mon adresse mail soit diffusée uniquement en interne au club : □ Oui □ Non
J'accepte que mon image soit diffusée sur le site du club : □ Oui □ Non

Documents à fournir

- Bulletin d'adhésion individuel FFVB
- Certificat médical pour la pratique du volley en compétition (ou QS-Sport)
- Bulletin d'adhésion individuel ASPTT complété et signé
- Cotisation (chèque à l'ordre de ***ASPTT Volley Rouen***)
- Copie d'une pièce d'identité (pour création de licence et mutation)

En fonction des aides demandées

Pass Jeunes 76

- Copie de l'Allocation de Rentrée Scolaire (ARS) de la rentrée 2020/2021
- Pass Jeunes 76 à compléter sur internet

Le Contrat Loisirs Jeunes de la ville de Rouen

- Le contrat passé avec la ville de Rouen

Atouts Normandie (15/25 ans)

- Le QR code de la demande (https://atouts.normandie.fr/)

Tarifs[1]

Catégorie	né(e)s en	Cotisation
M21	2000 à 2002	160 €
M18	2003 à 2005	160 €
M15	2006 et 2007	130 €
M13	2008 et 2009	130 €
M11	2010 et 2011	130 €
M9	2012 et 2013	130 €
M7	2014 et après	90 €

Nous rappelons que l'inscription à la section Volley-Ball implique de l'assiduité aux entrainements et au championnat se déroulant d'octobre à mai, et pouvant nécessiter ponctuellement le week-end la sollicitation des proches pour les déplacements. Les dates du championnat seront communiquées dès leur disponibilité au comité départemental de Volley-Ball de Seine Maritime

Vous et l'entreprise de vos proches :

Avez-vous besoin d'une facture pour bénéficier de l'aide d'un C.E. ? □ Oui □ Non

Pensez-vous que l'entreprise de vos proches est susceptible de passer un partenariat (ou mécénat) avec votre club de volley ?
Si oui, pouvons-nous vous contacter pour en parler ? □ Oui □ Non

[1] Pour les membres d'une même famille (parents / enfants et applicable sur la licence la moins chère) -15% sur la 2nd cotisation, -25% sur la 3ème cotisation et 50% sur la 4ème cotisation

Assurance :

L'assurance « dommages corporels » est facultative mais la section Volleyball de l'ASPTT vous informe que les risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive peuvent donner lieu à des accidents sur lesquels il convient de s'assurer par le biais d'une assurance dommages corporels. La cotisation intègre l'assurance de base à 0,57€ souscrite par la FFVB (voir formulaire). Vous avez la possibilité de souscrire une option complémentaire (option A et B) à la FFVB en l'indiquant sur le formulaire de la FFVB et en ajoutant le prix de l'option à la cotisation de base.

Informations sur l'aide aux familles (sous conditions de ressources)

- Le Contrat Loisirs Jeunes (CLJ) de la ville de Rouen

CLJ, c'est :

- Une aide financière pour payer l'activité de loisir sportif ou culturel pour un enfant ou un jeune. Le montant de l'aide maximum est de 170€. Le dispositif concerne les familles dont le quotient familial est maximum est de 500.
- En échange, l'enfant ou le jeune s'engage à être assidu à son activité et pour les plus de 11 ans à participer à une action citoyenne.
- Les familles ont la possibilité de s'inscrire sur le dispositif soit en ligne sur rouen.fr soit dans nos permanences

Contact pour information : Service Jeunesse Mairie de Rouen - 02 35 58 04 04 clj@rouen.fr

- Le Pass Jeunes 76 (date limite d'inscription Mars 2021)

Pour la saison sportive 2020/2021, le dispositif s'adresse aux jeunes de 6 à 18 ans si la famille, domiciliée en Seine-Maritime, perçoit l'Allocation de Rentrée Scolaire (ARS) ou l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) en cours de validité et au nom de l'enfant concerné par la demande « Pass Jeunes 76 ». Chaque famille peut recevoir une aide correspondant à 50% du montant de l'adhésion annuelle, dans la limite de 60 euros par an et par enfant. En 2020/2021, la demande pour le Pass Jeunes 76 se fera par internet (https://www.seinemaritime.fr/vos-services/numerique/tele-services.html). Pour bénéficier de cette aide, ne pas oublier de joindre au dossier d'inscription, la copie de l'ARS de l'enfant concerné.

Information : https://www.seinemaritime.fr/vos-services/numerique/tele-services.html
Contact : Cellule Pass Jeunes 76, Direction des Sports du Département
Tél: 02 35 52 64 35, E-mail: passjeunes76@seinemaritime.fr

Aide pour les 15-25 ans : Atouts Normandie

Si tu as entre 15 et 25 ans et que tu vis ou étudies en Normandie, la région peut prendre en charge 30 € (au maximum) de ta licence sportive : Renseignement sur https://atouts.normandie.fr/ - Déduire de la cotisation le montant de l'aide et imprimer le QR code à apporter lors de la remise du dossier d'inscription.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

SAISON 2020/2021

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

TYPE DE LICENCE ET OPTIONS

Licence JOUEUR

COMPETITION ☐ VOLLEY-BALL ☐ BEACH.V. ☐ P.V. SOURD ☐ P.V. ASSIS ☐ SNOW V.

COMPET'LIB ☐ VOLLEY-BALL ☐ BEACH VOLLEY ☐ PARA-V SOURD ☐ PARA-V ASSIS

Licence ENCADREMENT

☐ ARBITRE ☐ EDUCATEUR SPORTIF ☐ SOIGNANT

☐ DIRIGEANT ☐ PASS BENEVOLE

Licence VOLLEY POUR TOUS - VPT

☐ VOLLEY-BALL ☐ BEACH V. ☐ P.V. SOURD ☐ P.V. ASSIS ☐ Volley Santé ☐ SNOW V.

NOM DU GSA

ASPTT ROUEN MSA VOLLEY-BALL

NUMERO DU GSA

765200

TYPE DE DEMANDE

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

www.ffvolley.org

@ffvolley

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 ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE :.....

CP :..... **VILLE** :.....

TEL :..... **PORTABLE** :.....

EMAIL :.....

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 Sourd, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition
☐ la pratique du Snow Volley, 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 surclassement dans le respect des règlements de la FFvolley.

Fait le ..... Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé 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 individuelle 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 0,57€ 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'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, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ J'autorise la FFvolley à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley.
☐ J'autorise la FFvolley 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 2020/2021

Les contrats et les notices d'informations sont consultables sur le site de la FFVB : 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 FFVB. 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 FFVB, rubrique « assurance ».

INDIVIDUELLE ACCIDENT : 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 facultatives d'assurance « Accident Corporel »: base, option A et option B.
Ces formules vous couvrent pendant la pratique sportive autorisée par votre licence FFVB. Elles sont présentées ci-dessous et dans la notice d'information réalisée par la Mutuelle des Sportifs et consultable sur le site internet de la FFVB 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 l'Accord collectif n°2178, souscrit auprès de la MUTUELLE DES SPORTIFS - 2/4 rue Louis David, 75782 Paris cedex 16 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Mutuelle immatriculée au répertoire Sirène sous le n° 422 801 910.

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 300.000 € - SIREN 513 392 118 – RCS PARIS – N° immatriculation ORIAS 09 051 522 - Service réclamation : 14 rue de Clichy- 75009 PARIS - reclamation@aiac.fr – soumis au contrôle de l'ACPR, 61 rue taitbout 75009 Paris.

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 1er septembre 2020, ou après cette date, 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 la licence FFVB pour la saison en cours n'est plus valide.

Garantie Accident Corporel de base (0,57 € TTC)

	LICENCIES FFVB	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 :** • 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 5,02€	OPTION B 8,36€	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 (2)	500 € / accident	500 € / accident	Néant
INDEMNITES JOURNALIERES (3)		30 € par jour (maximum : 365 jours)	10 jours

(2) 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.

(3) Lorsque l'assuré a été en incapacité temporaire totale de travail suite à un accident, la M.D.S. 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 FFVB (rubrique assurances).
Pour faire appel à MAIF ASSISTANCE: appelez depuis l'étranger le +33.549.348.827- depuis la France : 05.49.34.88.27
contrat MAIF n° 3087988J - **Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable de MAIF Assistance.**

ASPTT ROUEN
CLUB OMNISPORTS
cultivons vos envies

BULLETIN D'ADHÉSION *2020-2021*
ou année 2021 ASPTT ROUEN

ASPTT
FEDERATION OMNISPORTS
cultivons vos envies

SECTION VOLLEY ☐ Création ☐ Renouvellement

COTISATION TOTALE : _____€

Autre discipline pratiquée à l'ASPTT : _____

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

☐ Mr ☐ Mme

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : / / à _____

Nationalité : _____

Tel domicile : _____ Tel travail : _____

Mobile 1 : _____

Mobile 2 : _____

Email 1 : _____

Email parent 2 : _____

Profession : ☐ La Poste n° Identifiant RH : _____

☐ France telecom ☐ autre : _____

Profession des parents (pour mineurs) : _____

☐ J'MACTIV Santé by ASPTT ☐ SOLIDARITÉ quartiers prioritaires by ASPTT

☐ SOLIDARITÉ autisme by ASPTT ☐ SOLIDARITÉ international by ASPTT

ETAT SPORTIF DU DEMANDEUR (licence fédération délégataire ou autre)

Licence fédérale : ■ oui ☐ non Numéro : _____

Compétition : ■ oui ☐ non

Certificat médical : ☐ oui Date : _____

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs) :

Je, soussigné(e) M ou Mme _____ représentant légal de _____ certifie lui donner l'autorisation de :

- se licencier à la FSASPTT et d'adhérer à l'ASPTT pour toutes les activités
- prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisirs au cours de la saison.

J'autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence. La personne à contacter en cas d'accident est : _____ N° de téléphone : _____

INFORMATIQUE ET LIBERTES :

« La loi informatique et liberté N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en août 2004, s'applique aux réponses faites à ce questionnaire. Toutes les informations de ce document font l'objet d'une traitement informatique et le licencié dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Secrétaire Général de l'ASPTT. Ces coordonnées pourront être cédées à des partenaires commerciaux avec faculté pour le licencié de s'opposer à leurs divulgations.

CESSION DU DROIT A L'IMAGE

☐ Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisés dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiés et diffusés à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site internet par des moyens de reproduction photomécaniques (films, cassettes vidéo, etc.) sans avoir le droit à une compensation.

☐ Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT.

☐ Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération..

A _____ le ____/_____/_____

Signature obligatoire

du demandeur ou du représentant légal

ASPTT ROUEN
CLUB OMNISPORTS
cultivons vos envies

ASPTT
FEDERATION
OMNISPORTS
cultivons vos envies

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa
N°15699*01

ATTESTATION QUESTIONNAIRE MEDICAL

☐ J'atteste par la présente avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions relatives au questionnaire de santé et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entraînera obligatoirement la production d'un nouveau certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport et/ou de la natation – aquagym -

Fait le à

ASSURANCE : (1)

L'établissement de la licence PREMIUM permet à son titulaire de bénéficier des assurances Responsabilité civile, Assistance et Dommages corporels souscrites par la FSASPTT. L'assurance « dommages corporels » est facultative mais la FSASPTT vous informe que les risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive peuvent donner lieu à des accidents sur lesquels il convient de s'assurer par le biais d'une assurance dommages corporels. Le montant de l'assurance compris dans le prix de la licence loisir est de 1,84 €. Si vous ne souhaitez pas cette assurance dommages corporels, le montant de cette dernière sera déduit.

Je soussigné(e) _____ reconnais avoir pris connaissance :

- de la notice d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et adhérer au contrat national proposé par la FSASPTT (notice aussi disponible sur le site www.asptt.com)
- des statuts et règlement intérieur (disponible au secrétariat de l'association)

Il est rappelé qu'en cas de refus d'adhésion aux garanties proposées par une autre fédération, l'assureur de la FSASPTT ne prendra pas en charge les risques refusés, et par conséquent refusera le dossier de sinistre.

REFUS D'ASSURANCE : (2)

En cas de refus de souscription de l'assurance «Dommages corporels », le club doit s'assurer que le bénéficiaire a bien pris connaissance des informations assurances figurant sur la notice d'information à conserver par le licencié et qu'il prend sa décision en toute connaissance de cause. Si le soussigné refuse de souscrire à l'assurance Dommages Corporels, il reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive pouvant porter atteinte à son intégrité physique et il coche la case ci-dessous.

☐ je ne souhaite pas souscrire d'assurance Dommages Corporels

Signature

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :
Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :
Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.