

## DOSSIER D'INSCRIPTION 2022/2023

N° doc	PIECES	Mineur	Majeur nouvel adhérent	Majeur Déjà licencié	UFOLEP
	1 photo d'identité	X	X		
	Copie de carte d'identité (ou passeport ou livret de famille)	X	X	X	X
A	<a href="#">Formulaire d'adhésion</a> au Stade Clermontois	X	X	X	X
B	Demande de <a href="#">licence FFVB</a> (ou mutation)	X	X	X	
C	Demande de <a href="#">licence UFOLEP</a> (renouvellement ou création)				X
D	<a href="#">Questionnaire de santé</a> (mineur)	X			
E	Certificat médical mineur (pour surclassement uniquement)	X			
	Certificat médical (nouveau majeur puis tous les 3 ans)		X	Si > 3 ans	X
F	<a href="#">Questionnaire de santé</a> (majeur)			X	
G	<a href="#">Questionnaire de santé</a> (ufolep)				X
	1 chèque de caution de 60 Euros	X	X	X	X
	1 chèque de cotisation licence (prix indiqué ci-dessous)	X	X	X	X

Catégorie	COTISATION	
	Inscription au 1 <sup>er</sup> Septembre	Inscription au 1 <sup>er</sup> Janvier
<b>Senior</b> Né(e) après 2001	160 €	135 €
<b>Etudiant et demandeur d'emploi</b> <i>(sur présentation d'un justificatif)</i>	130 €	105 €
<b>Ecole de volley</b>		
<b>M21-M17 : de 16 à 21 ans</b> Né(e) entre 2007 et 2002	160 €	135 €
<b>M15-M13-M11-M9 : de 8 à 15 ans</b> Né(e) entre 2015 et 2008	130 €	105 €
<b>M7 : de 6 à 7 ans</b> Né(e) en 2017 et 2016	80 €	55 €
Mutation Nationale *	190 €	N/A
Mutation Régionale *	85 €	N/A
<b>Compét'Lib et UFOLEP</b>	110 €	85 €
<b>Sans compétition</b>	70 €	70 €
<b>Licence Dirigeant</b>	65 €	N/A

\*Les mutations sont à la charge des joueurs, et remboursées par moitié la seconde saison.

- **Le dispositif Pass'Sport** permet aux 6-18 ans bénéficiant de l'Allocation de Rentrée Scolaire ou de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant handicapé de bénéficier d'une allocation de rentrée sportive de 50€. Plus d'informations en cliquant-ici.
- **Tarif dégressif famille** : à partir de la 3ème licence réduction de 10€ par licence (soit : 3 licences = -10€, 4 licences = -20€, ...)
- **Offre de parrainage** : 10 € de réduction sur la licence (cette offre ne s'applique pas si les filleuls ont été licenciés au SCVB dans les deux dernières années).
- **Facilité de paiement** : possibilité de régler en plusieurs fois (3 fois maximum). Nous acceptons les bons CAF, Chèques CE, ANCV.
- **Attestation de pratique sportive** : sur demande (pour les prises en charge de tout ou partie par l'employeur)

**Les dossiers incomplets ne seront pas acceptés**



Activité (si plusieurs disciplines)

NOM	<input type="text"/>	PRÉNOM	<input type="text"/>
NOM marital	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Nationalité	<input type="text"/>	Lieu	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		
Adresse	<input type="text"/>		
Code postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>

Profession/Université/Etablissement scolaire

Niveau ou classe

Téléphone	Domicile	<input type="text"/>	Père	<input type="text"/>
	Portable	<input type="text"/>	Mère	<input type="text"/>

### EN CAS D'URGENCE

- Je donne Autorisation aux dirigeants à faire pratiquer les soins d'urgence
- Je ne donne pas

Médecin traitant

Nom et Téléphone Personne à prévenir en cas d'urgence

### DROIT À L'IMAGE

- J'autorise la publication de mon image ou de celle de mon enfant
- Je n'autorise pas

### PROTECTIONS DES DONNÉES

- J'accepte de recevoir **des mails du Stade Clermontois** : la carte d'adhérents du club, les offres spéciales de nos partenaires, des newsletter du club, les invitations à des événements sportifs internes ou externes
- Je n'accepte pas

### AUTORISATION DES PARENTS OU TUTEURS POUR LES MINEURS

Je soussigné (NOM et Prénom)

agissant en qualité de (parent/tuteur)

Demeurant

Autorise  mon fils  ma fille

à pratiquer le sport suivant :

- Je, soussigné,
- déclare avoir pris connaissance des Statuts du SC et les accepter ([www.stade-clermontois.com](http://www.stade-clermontois.com))
  - déclare avoir pris connaissance que la pratique du sport ne se fait qu'avec un certificat médical d'aptitude
  - accepter que les remboursements peuvent être accordés selon le règlement propre à chaque section

A  le  Signature

Joindre : 1 photo et Certificat médical d'aptitude


Règlement :  Espèces  Chèque  Autre



## COMMENT NOUS AVEZ-VOUS CONNU ?

- Campagne de communication
- Forum
- Réseaux sociaux (Facebook, Instagram, site internet)
- Autre ....

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS	NOM DUGSA
<b>Licence COMPETITION</b> <b>EXTENSION</b> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> OUTDOOR <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> COMPET'LIB	<h3>Stade Clermontois Volley-Ball</h3>
<b>Licence ENCADREMENT</b> <b>EXTENSION AVEC Certif.Médical</b> <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT <b>EXTENSION SANS CM</b> <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE	
<b>Licence HORS COMPETITION</b> <input type="checkbox"/> EXTENSION Volley Pour Tous	<b>NUMERO DU GSA</b> <b>0635997</b>
<b>Licence TEMPORAIRE</b> <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois Réservée aux non-licenciés, Certificat Médical obligatoire	

TYPES DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) : .....		
<input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	<b>SEXE :</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <b>TAILLE :</b> .....		
<p><b>www.ffvolley.org</b></p>  <b>@ffvolley</b>	<b>NOM D'USAGE :</b> .....		
	<b>PRENOM :</b> .....		
	<b>NOM DE NAISSANCE :</b> .....		
	<b>DATE DE NAISSANCE :</b> .....		
	<b>LIEU DE NAISSANCE :</b> .....		
<b>NATIONALITE</b> <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> AFR Assimilé Français <input type="checkbox"/> Etrangère (UE/Hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB (UE/Hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB-UE-REG (UE)			
<b>ADRESSE :</b> .....			
<b>CP :</b> .....		<b>VILLE :</b> .....	
<b>TEL :</b> .....		<b>PORTABLE :</b> .....	
<b>EMAIL* :</b> .....			

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

CERTIFICAT MEDICAL	SIMPLE SURCLASSEMENT
Je soussigné, Dr ..... atteste que M / Mme ..... présente une absence de contre-indication à :  la pratique du Volley, y compris en compétition  <b>Fait le .....</b> <b>Signature et cachet du Médecin :</b>	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 FFvolley.  <b>Fait le .....</b> <b>Signature et cachet du médecin :</b>

QUESTIONNAIRES DE SANTE
<input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé FFvolley <a href="http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_2022-23.pdf">http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_2022-23.pdf</a>
<input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire Relatif à l'Etat de Santé du Sportif mineur <a href="http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_sportifs_mineurs_2022-23.pdf">http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_sportifs_mineurs_2022-23.pdf</a>

INFORMATIONS ASSURANCES
Je soussigné, ..... atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt et de la possibilité de souscrire à l'une des garanties d'assurance individuelle Accident Corporel proposée avec ma licence (base, option A ou B).
<input type="checkbox"/> Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document. <input type="checkbox"/> Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence ( <b>valorisée à 0,58€ TTC</b> ). <input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : ++ <b>Option A (5,05€ TTC)</b> ou     ++ <b>Option B (9,04€ TTC)</b> .
<input type="checkbox"/> Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'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 FFvolley. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

<input type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, OUTDOOR, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente. <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir d'informations commerciales de la part de la FFvolley relatives à ses activités. <input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des communications et offres de la part de la FFvolley à propos de ses partenaires.
---

La Fédération Française de Volley (FFVolley - responsable du traitement) traite vos données personnelles et voire celles de vos représentants légaux dans le cadre de la gestion de votre licence (en ce y compris de votre demande de renouvellement de licence) sur la base de l'exécution de la mission d'intérêt public déléguée à la FFVolley. Vos données peuvent être communiquées aux personnes en charge au sein de la FFVolley, nos prestataires techniques, notre assureur, ainsi que le cas échéant aux organisateurs de compétitions, à la Fédération internationale de volley. La FFVolley a désigné un DPD que vous pouvez contacter par mail : [protectiondesdonnees@ffvb.org](mailto:protectiondesdonnees@ffvb.org) ou par courrier à l'attention du DPD de la FFVolley 17 rue Georges Clemenceau, 94607 Choisy le Roi Cedex. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et sur vos droits conformément au Règlement (UE) 2016/679 dit « RGPD », consultez le DPD à l'adresse électronique indiquée.

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

# INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2022/2023

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](mailto: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"> <li>dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux,</li> <li>prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,</li> <li>soins dentaires et optiques,</li> <li>en cas d'hospitalisation : la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) // si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet,</li> <li>frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles,</li> </ul> et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.	Néant
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100 %	Néant
INDEMNITE HOSPITALISATION	15 €/jour à compter du 1 <sup>er</sup> jour d'hospitalisation (dans la limite de 150 jours)	Néant
SOINS DENTAIRES ET PROTHESES	150 € par dent	Néant
APPAREIL ORTHODONTIQUE	80 € par accident	Néant
OPTIQUE	Lunettes : 200 € par accident (verre + monture) Lentilles non jetables : 100 € par lentille	Néant
FRAIS DE TRANSPORT		Néant
Frais de 1er transport	100 %	
Transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	160€ par accident	

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

## OPTIONS COMPLEMENTAIRES A et B : Tout licencié de la FF Volley peut souscrire à titre individuel, à des garanties complémentaires en cas de dommage corporel suite à un accident de sport en sus des garanties de base.

Le complément de cotisation est perçu avec l'adhésion à la licence.

GARANTIES COMPLEMENTAIRES	OPTION A 5,05€	OPTION B 9,04€	FRANCHISE
DECES	10 000 €	20 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE TOTALE	10 000 €	20 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE	10 000 € x taux d'invalidité	20 000 € x taux d'invalidité	Néant
GARANTIE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE TRAITEMENT (1)	500 € / accident	500 € / accident	Néant
INDEMNITES JOURNALIERES (2)		30 € par jour (maximum : 365 jours)	10 jours

(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 ?

Rempissez le formulaire de déclaration d'accident que vous trouverez en ligne sur le site internet de la FFVolley (rubrique assurances).

Pour faire appel à MAIF ASSISTANCE 7/24: appelez depuis l'étranger le +33.5.49.77.47.78 - depuis la France : 0800.875.875 contrat MAIF n° 3087988J - Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable de MAIF Assistance.

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

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

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

Tu es une fille  un garçon  Ton âge :  ans

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

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



**ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE LA DEMANDE DE  
RENOUVELLEMENT DE LICENCE**

Uniquement pour les activités n'imposant pas la présentation annuelle d'un  
certificat médical de non contre-indication.

Je, soussigné(e) Mme/M. (Nom et prénom de l'adhérent-e ou du représentant légal) :

---

Certifie avoir répondu NON à toutes les questions du formulaire de santé lors de la demande de renouvellement de la licence.

Pour faire valoir ce que de droit.

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature :