

OAJLP Section Beach-Volley

DOSSIER D'INSCRIPTION saison 2025 / 2026

beach volley 



Nom : _____ Prénom : _____ Taille : _____ cm

Né(e) le : ____ / ____ / ____ à : _____ Nationalité : _____

Adresse : _____

Tél. joueur : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ E-mail joueur : _____

lycéen(ne) étudiant(e) Etablissement scolaire en 2025 / 2026 : _____

sans emploi activité professionnelle : _____

Pour un joueur mineur :

Nom et prénom du responsable légal : _____

Tél. responsable légal : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ E-mail : _____

Activité professionnelle : _____

Documents obligatoires pour l'inscription

(à remettre avant le
1^{er} octobre 2025)

- ✓ le dossier d'inscription complet dûment rempli et signé (voir ci-après)
- ✓ 1 photo d'identité récente
- ✓ 1 fiche d'examen médical dûment remplie par le médecin (pour les nouvelles adhésions et les mutations)
- ✓ 1 chèque du montant de la cotisation à l'ordre de l'OAJLP Volley-ball (paiement en 2 chèques possible)

Licence OAJLP Beach Compétition

50 €
/ans

Accès illimité aux terrains durant les créneaux réservés au club

Licence FFVB compétition qui donne accès aux tournois BVS partout en France

Entraînements

+35 €
/ans

1 Entraînement / semaine pendant 7 mois*

ou Possibilité d'avoir une session réservée pour son groupe**

Accès illimité aux terrains durant les créneaux réservés au club

(60€/ans pour les licenciés des autres clubs)

Possibilité de payer à la séance 5€/entraînements

* Pour les mois de : Septembre, Octobre, Novembre, Mars, Avril, Mai, Juin.

** Un Créneau fixe par semaine et par groupes dans le planning

Tarif réduit membre Oajlp salle

(ou cotisation accès libre sans licence et jeunes)

25 €
/ans

Accès illimité aux terrains durant les créneaux réservés au club

Licence FFVB compétition qui donne accès aux tournois BVS partout en France pour les membres de l'OAJLP

AUTORISATION (à remplir obligatoirement)

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je, soussigné(e), M ou Mme⁽¹⁾ _____ représentant légal de l'enfant _____, autorise mon fils, ma fille⁽¹⁾ à pratiquer le beach volley au sein de l'OAJLP et à participer aux manifestations organisées par le club ainsi qu'aux déplacements pour se rendre sur les lieux de compétitions.

AVIS AUX JOUEURS, PARENTS, ACCOMPAGNATEURS : RESPECT DES INSTALLATIONS DU FORT CARRE

La Mairie d'Antibes met à disposition de l'OAJLP volley ball des terrains de beach volley dans l'enceinte du stade du Fort Carré à Antibes. L'ensemble des adhérents se doivent de prendre soin du matériel et de la propreté du site.

Je, soussigné, _____ Père, mère ou tuteur légal de⁽¹⁾ _____ m'engage à prendre soin de l'ensemble du matériel équipant les terrains de beach volley et à assurer la propreté des lieux.

L'Olympique Antibes Juan Les Pins Volley Ball section Beach volley se réserve le droit d'exclure de l'association les joueurs qui ne respecteraient pas ces consignes.

AUTORISATION - DROIT A L'IMAGE

Je, soussigné, _____ Père, mère ou tuteur légal de⁽¹⁾ _____

autorise / n'autorise pas l'OAJLP Volley-ball, dans le cadre exclusif des activités sportives et animations du club, pour la saison 2025/2026 à filmer et photographier ma personne et/ou mon enfant et à en reproduire, diffuser ou publier l'image dans les médias, réseaux sociaux de l'OAJLP volley-ball, sites internet, supports nécessaires pour faire connaître le club.

Date : ___ / ___ / ___

Signature :

⁽¹⁾ rayer les mentions inutiles

VIE AU SEIN DE VOTRE CLUB

Le comportement de tous au sein de l'OAJLP section beach volley doit être bienveillant et convivial, que ce soit envers les entraîneurs, les gardiens du stade du Fort Carré, l'ensemble des bénévoles du club et envers tous les membres de l'association.

L'ensemble des membres de l'association peuvent contacter les dirigeants du club via l'adresse mail suivante :

antibesvolleyball@hotmail.com

Le président s'engage à ce que tout message reçoive une réponse dans les plus brefs délais.

FAITES UN DON A L'OAJLP VOLLEY-BALL ET BENEFICIEZ D'UNE REDUCTION D'IMPOTS !

La loi du 1^{er} août 2023 relative au mécénat, aux associations et aux fondations permet aux organismes ou groupements recevant des dons de s'assurer, au préalable, auprès de l'administration, qu'ils répondent bien aux critères ouvrant droits à réduction d'impôt.

Quels avantages pour les donateurs répondant aux critères ?

- Pour les personnes physiques, réduction d'impôt de 66 % des sommes versées (dans la limite de 20 % du revenu imposable, si cette limite est dépassée, l'excédent est reporté sur les 5 années suivantes ouvrant également droit à la réduction d'impôt).
- Pour les entreprises assujéties à l'impôt sur le revenu ou sur les sociétés, dans le cas général 60 % du montant du don pour la fraction inférieure ou égale à 2 millions d'euros, puis 40 % au-delà.

Le trésorier du club se tient à votre disposition pour vous donner de plus amples renseignements sur les mécanismes du don.

Rejoignez-nous sur les réseaux !





AUTORISATION PARENTAL

DE QUITTER SEUL L'ENTRAINEMENT ou LE MATCH pour LES LICENCIÉS MINEURS

ENFANT

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Saison : 2025 / 2026

RESPONSABLE LEGAL

Nom et prénom du responsable légal :

Adresse :

Tél :

E-mail :

Je, soussigné(e),
responsable légal de l'enfant

- autorise mon enfant à quitter seul son entraînement ou son match de volley-ball ou de beach volley durant toute la saison.
- autorise mon enfant à quitter seul son entraînement avant son terme en cas de besoin.

Et décharge les encadrants de l'OAJLP Volley-ball de toute responsabilité pour tout incident et/ou accident qui pourrait survenir suite au départ de mon enfant de l'entraînement ou du match auquel il participe.

Fait à, le

Faire précéder la signature de la mention manuscrite « Lu et approuvé »





DEVOIR DES DIFFÉRENTS ACTEURS DE LA SAISON

OLYMPIQUE ANTIBES JUANS-LES-PINS
VOLLEY-BALL

MON DEVOIR EN TANT QUE JOUEUR / JOUEUSE

- Je **respecte** mes coéquipiers, mes entraîneurs, les arbitres, les gardiens du stade et les bénévoles.
- Je dois être **assidu et ponctuel** que ce soit aux entraînements ou aux matchs.
- Je dois être en recherche permanente de **plaisir et de progression**.
- Je dois adopter un **esprit collectif**, tout comportement individualiste est à proscrire.
- Je **préviens** mon entraîneur dès que possible en cas d'absence.
- Je dois communiquer **calmement et à la fin de l'entraînement ou du match** avec l'entraîneur lorsque j'ai un désaccord concernant ses choix.
- Je viens en **tenue adaptée** et je prends **soin du matériel** mis à disposition par le club.

LES CONTACTS IMPORTANTS

→ Président : Bruno Pelé - 06 23 47 48 93

→ Directeur sportif : Marc Ehrart - 06 62 26 17 01

* rayer les mentions inutiles

Signature joueur :

Date :

Signature mère, père, tuteur* :



<p align="center">TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS</p> <p>Licence <u>COMPETITION</u> EXTENSION <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> OUTDOOR <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> COMPET'LIB</p> <p>Licence <u>ENCADREMENT</u> EXTENSION <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT EXTENSION <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE</p> <p>Licence <u>HORS COMPETITION</u> <input type="checkbox"/> EXTENSION Loisirs</p> <p>Licence <u>TEMPORAIRE</u> <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois</p>	<p>NOM DU GSA</p> <h2>OLYMPIQUE ANTIBES JUAN LES PINS</h2> <p>NUMERO DU GSA</p> <h3>0062509</h3>
<p>TYPES DE DEMANDE</p> <p><input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE</p>	<p>N° DE LICENCE (si déjà licencié) :</p> <p>SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M TAILLE :</p> <p>NOM D'USAGE :</p> <p>PRENOM :</p> <p>NOM DE NAISSANCE :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>LIEU DE NAISSANCE :</p> <p>NATIONALITE : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère PAYS _____ Code ISO : / / / /</p> <p>ADRESSE :</p> <p>CP : VILLE :</p> <p>TEL : PORTABLE :</p> <p>EMAIL* :</p> <p align="right"><small>* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel</small></p>
<p align="center">www.ffvolley.org</p> <p align="center">    </p> <p align="center">@ffvolley</p>	

SUIVI MEDICAL [OBLIGATOIRE]

Pour toute licence hors Encadrement Extension Dirigeant ET Pass Bénévole, le 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_2025-26.pdf)

avoir répondu OUI, à l'une des question 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 concerné, NON à tout le QS - Sport Mineurs (http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_sportifs_mineurs_2025-26.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]

J'exerce les fonctions d'éducateur sportif, de juge, d'arbitre, d'exploitant d'Etablissement d'Activités Physiques et Sportives ou suis susceptible d'intervenir auprès de mineurs au sein des articles L.212-1 et L.322-1 du code du sport. A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la FFvolley aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sein de l'article L.212-9 du code du sport soit effectué.

Pour plus d'informations : http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/licences/FFvolley_Fiche_Pratique_Control_Honorabilite.pdf

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 (5,40€ TTC)** ou ++**Option B (10,00€ TTC)**.

Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante.

Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFvolley. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, OUTDOOR, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.

Je ne souhaite pas recevoir d'informations commerciales de la part de la FFvolley relatives à ses activités.

J'accepte de recevoir des communications et offres de la part de la FFvolley à propos de ses partenaires.

La Fédération Française de Volley (FFVolley - responsable du traitement) traite vos données personnelles dans le cadre de la gestion de votre licence sur la base de l'exécution de la mission de service public déléguée à la FFVolley. Vos données peuvent être communiquées aux personnes en charge au sein de la FFVolley, ses prestataires techniques, son assureur, ainsi que le cas échéant aux organisateurs de compétitions officielles, aux instances internationales du volley. En application des articles 39 et suivant de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de mise à jour de vos données personnelles. Si vous souhaitez exercer ce droit et/ou obtenir la communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Délégué à la Protection des Données (DPD) de la FFVolley par mail (protectiondesdonnees@ffvb.org) ou par courrier au 2-4 Rue des Sarrazins 94000 CRETEIL.

NOM, DATE ET SIGNATURE [OBLIGATOIRE]

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2025/2026

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

RESPONSABILITE CIVILE : votre licence comporte une garantie d'assurance Responsabilité Civile obligatoire (L321-1 code du sport).

Ce contrat d'assurance vous couvre pendant la pratique sportive autorisée par votre licence FFvolley. Il vous assure contre les conséquences financières des dommages corporels et matériels que vous causez à des tiers. Le contrat d'assurance Responsabilité Civile porte le numéro 3087988J. Il est souscrit auprès de la MAIF, société d'assurance mutuelle à cotisation variables, CS 90000- 79038 Niort cedex 9. La notice d'information détaillée peut être consultée ou téléchargée depuis le site internet de la FFvolley, rubrique « assurance ».

INDIVIDUELLE ACCIDENT : La FFvolley attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer. Dans ce cadre, la FFvolley propose à ses licenciés trois formules facultatives d'assurance « Accident Corporel » : base, option A et option B.

Ces formules vous couvrent pendant la pratique sportive autorisée par votre licence FFvolley. Elles sont présentées ci-dessous et dans la notice d'information réalisée par la MAIF et consultable sur le site internet de la FFvolley à la rubrique assurances. Votre GSA vous en a remis un exemplaire.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures aux garanties de base, elles ne permettent pas, dans tous les cas, d'obtenir la

réparation intégrale du préjudice. Le licencié est par conséquent invité à se rapprocher de son conseil en assurances qui pourra lui proposer des garanties adaptées à sa situation personnelle.

Les formules « accident corporel » sont proposées par la MAIF, société d'assurance mutuelle à cotisation variables, CS 90000- 79038 Niort cedex 9.

Les contrats d'assurances ont été souscrit par l'intermédiaire d'AIAC courtage, Société de Courtage d'Assurances selon le b) de l'article L520-1 du code des assurances – S.A.S au capital de 306.000 € - SIREN 784 199 291 – RCS PARIS – N° immatriculation ORIAS 07 005 935- Service réclamation : 14 rue de Clichy-75009 PARIS - reclamation@aiac.fr – soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest, CS92459, 75436 Paris cedex 09.

MODALITES DE CONCLUSION DU CONTRAT

Pour souscrire l'une des options « Accident Corporel », il vous suffit de cocher dans le pavé « Assurances » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquiescer avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES/ DUREE :

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

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

Garantie Accident Corporel de base (0,66 € TTC)

	LICENCIÉS FFvolley	Franchise
DECES	10 000 €	Néant
FRAIS D'OBSÈQUES	5 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE	L'indemnité est calculée en multipliant le taux d'invalidité (IPP), déterminé lors de la consolidation de l'assuré, par le capital défini ci-dessous.	Néant
IPP <30%	20 000 €	
30% <= IPP <66%	50 000 €	
66% <= IPP <=100%	100 000 € (versé à 100% si tierce personne)	
FRAIS DE TRAITEMENT (1)	125 % de la base de remboursement Sécurité Sociale	Néant
BONUS SANTE	Au-delà des prestations de base ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « BONUS SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1.500 €. Ce Bonus Santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur. L'assuré pourra disposer de ce Bonus pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge : <ul style="list-style-type: none"> • dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux, • prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale, • soins dentaires et optiques, • en cas d'hospitalisation : la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) // si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet, • frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.	Néant
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100 %	Néant
INDEMNITE HOSPITALISATION	15 €/jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation (dans la limite de 150 jours)	Néant
SOINS DENTAIRES ET PROTHESES	150 € par dent	Néant
APPAREIL ORTHODONTIQUE	80 € par accident	Néant
OPTIQUE	Lunettes : 200 € par accident (verre + monture) Lentilles non jetables : 100 € par lentille	Néant
FRAIS DE TRANSPORT		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 5,40€	OPTION B 10,00€	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 : 365jours)	10 jours

(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.

(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.

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.

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 coeur »), Dyslipidémie, Obésité, Des signes de MARFAN).
- Symptomatologie cardiovasculaire à l'effort : (palpitations, dyspnée, douleur, malaise, syncope, lipothymie,...)

2.- La réalisation d'un électrocardiogramme est recommandée dès la première licence et tous les 3 ans entre 12 ans et 20 ans, puis tous les 5 ans entre 21 et 35 ans

3.- La réalisation d'un test d'effort est recommandée tous les 3 ans après 35 ans

4.- Une échocardiographie peut être réalisée selon les résultats de l'ECG, les antécédents familiaux ou devant l'existence d'un souffle organique.

5.- La réalisation de radiographies du rachis peut être demandée devant la notion de douleur lombaire chez l'enfant ou l'adolescent.

Tout joueur licencié FFvolley est susceptible de subir un contrôle antidopage. En cas de traitement médical (médicaments ou suppléments nutritionnels), il y a lieu de vérifier que celui-ci ne contienne pas de molécules inscrites sur la liste des substances interdites. Des autorisations exceptionnelles d'utilisation peuvent être délivrées sous certaines conditions, en utilisant des formulaires d'autorisations à usage thérapeutique (AUT).

La liste des substances interdites et les formulaires d'AUT sont consultables sur le site www.afld.fr.

QUESTIONNAIRE DE SANTE – FFVolley Majeurs

En complément de ce questionnaire de santé « FFVolley Majeurs », dans le cadre de sa mission réglementaire de surveillance médicales 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.
- à 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 inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A CE JOUR		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

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

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ?

Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille un garçon Ton âge :ans

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le coeur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du coeur 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.



Tarifs des tenues du club – saison 2025 / 2026

Règlement : - par chèque à l'ordre de : OAJLP Volley Ball
- pour d'autres moyens de paiement se rapprocher de l'entraîneur

Maillot femme et homme

(possibilité libéro couleur orange)



55,00 €

Survêtement n°1

(avec sérigraphie et initiales)



Survêtement n°2

(avec sérigraphie et initiales)



77,50 €

Tee-shirt d'échauffement

(avec sérigraphie)



25,00 €

Polo + short avec poches

(avec sérigraphie et initiales)



55,00 €

Sac

(avec sérigraphie et initiales)



35,00 €

