



<b>FEMININ</b>	<b>VOLLEY BALL</b>	<b>MASCULIN</b>
<b>INSCRIPTION ADMINISTRATIVE SAISON 2021/2022</b>		

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (indispensable en cas de déclaration d'accident)

Adresse Internet lisible : (parent) \_\_\_\_\_ (enfant) \_\_\_\_\_

- J'accepte d'être inscrit(e) à une liste de diffusion des informations relatives à l'association — recommandé
- J'autorise l'utilisation de mon image *sur* les seuls outils de communication issus de la Constantia (sites, affiches, calendriers)

ADRESSE complète : \_\_\_\_\_

Numéros de TELEPHONE : Portable \_\_\_\_\_ Fixe \_\_\_\_\_

### Le dossier complet doit comprendre :

- Une photo d'identité
- La photocopie recto et verso de la carte d'identité ou du passeport
- La fiche d'inscription renseignée (page 1)
- Le formulaire de don renseignée **si concernée** (page 2)
- Le formulaire de demande de licence correctement renseigné (*Si incomplet, la licence ne pourra être saisie* (pages 3&4))
  - Pour les jeunes joueurs, merci de bien remplir **OUI** pour le simple sur classement
  - Remplir la partie « renseignement assurance » avec le règlement de l'option facultative retenue.
  - Bien signer en bas de page 3 (pour les mineurs, uniquement le représentant légal)
- Le certificat médical vous concernant, complété par votre médecin

**FAIRE IMPERATIVEMENT**  
**COMPLETER UN DES CERTIFICATS MEDICAUX par votre médecin**  
*Pas de Certificat médical libre*

- L'autorisation parentale pour les mineurs (page 5)
- La charte du club signée (page 6)
- Le protocole de reprise (page 12)
- **Un chèque de caution de 50 €**, encaissé en cas de non-retour du maillot complet avant le **15/06/2022**
- Le montant suivant, \_\_\_\_\_ (CHEQUE – ESPECE – Chèques ANCV) (2) correspondant à :

- 160 € de cotisation pour les adultes (1) (40 € par trimestre entamé + 40 € de frais fixe). (1)
  - 140 € de cotisation pour les jeunes de moins de 18 ans ou pour les étudiants (avec présentation de la carte d'étudiant) (1).
  - 20 € de réduction à partir du 2ème membre du même foyer fiscal (1)
  - 20 € de réduction **UNIQUEMENT** si le paiement de la cotisation est fait avant le **1er août 2022**
- (Merci d'envoyer votre dossier à « Mme MARRET 8 RUE DU CANAL 67116 REICHSTETT »)

- 50 € pour les membres ayant payé une cotisation pleine dans une autre section de la CONSTANTIA à entourer :
- VOLLEY BALL   GYMNASTIQUE   BADMINTON   SALSA   ULTIMATE

Soit un total de \_\_\_\_\_ euros.

- Je fais un don minimum de 2 fois ce montant (soit \_\_\_\_\_ euros) et j'obtiens le statut de **membre donateur** (remplir le formulaire de don) et bénéficie de 66 % de réduction d'impôts pour les foyers imposables ! (1)
- Je désire obtenir une attestation de paiement de ma cotisation.

(1) cocher les cases correspondantes      (2) entourer le mode de paiement



Site Internet : [www.constantia.com](http://www.constantia.com)  
 10 rue de la République, 67116 Reichstett  
 Téléphone : 03 88 33 45 55 - Fax : 03 88 33 45 56  
 Email : [secretariat@constantia.com](mailto:secretariat@constantia.com)  
 Site Internet : [www.constantia.com](http://www.constantia.com)





FFvolley

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

**SAISON 2021/2022***Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club*

TYPE DE LICENCE ET OPTIONS	NOM DUGSA
<b>Licence JOUEUR</b> <b>COMPETITION</b> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH.V. <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> SNOW V. <b>COMPET'LIB</b> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V ASSIS  <b>Licence ENCADREMENT</b> <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE  <b>Licence VOLLEY POUR TOUS - VPT</b> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH V. <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> Volley Santé <input type="checkbox"/> SNOW V.	SP. LOISIRS CONSTANTIA    NUMERO DU GSA  0674389

TYPE DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) : .....	SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	TAILLE : .....
<input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUVELLEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	<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>www.ffvolley.org</b>    <b>@ffvolley</b>	<b>ADRESSE</b> : .....		
	<b>CP</b> : .....	<b>VILLE</b> : .....	
	<b>TEL</b> : .....	<b>PORTABLE</b> : .....	
	<b>EMAIL</b> : .....		

CERTIFICAT MEDICAL	SIMPLE SURCLASSEMENT
Je soussigné, Dr ..... atteste que M / Mme ..... ne présente aucune contre-indication à : <input type="checkbox"/> la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Beach Volley, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Volley Sourd, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Volley Assis, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Snow 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>

QUESTIONNAIRE DE SANTE
<input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé <a href="http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/gs_sport.pdf">http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/gs_sport.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/gs_sport_sportifs_mineurs.pdf">http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/gs_sport_sportifs_mineurs.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 (valorisée à 0,57€ TTC). <input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : ++Option A (5,02€ TTC) ou ++Option B (8,36€ TTC). <input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente. <input type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley. <input type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *  <small>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</small>
--

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

# INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2021/2022

*Les contrats et les notices d'informations sont consultables sur le site de la FFvolley : <http://www.ffvolley.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 Mutuelle des Sportifs 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 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 Sirene sous le n° 422 801 910.

Les contrats d'assurances ont été souscrit par l'intermédiaire d'Alliance Internationale d'Assurances et de Commerce (aiac courtage), 14 rue de Clichy 75009 Paris, Société de courtage d'assurance selon le b) de l'article L.520-1 du Code des assurances - SA au capital de 308 000 € - SIREN 784 199 291 - RCS Paris - N° ORIAS 07 005 935 [www.orias.fr](http://www.orias.fr) - Service réclamations AIAC, 14 rue de Clichy 75009 Paris - Reclamation@aiac.fr - Soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - CS 92459 - 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, et au plus tôt le 1<sup>er</sup> Mai 2021. Elle prend fin le jour où la licence FFvolley pour la saison en cours n'est plus valide.

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

	LICENCIES FFvolley	Franchise
<b>DECES</b>	10 000 €	Néant
<b>FRAIS D'OBSEQUES</b>	5 000 €	Néant
<b>INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE</b>	L'indemnité est calculée en multipliant le taux d'invalidité (IPP), déterminé lors de la consolidation de l'assuré, par le capital défini ci-dessous.	
IPP <30%	20 000 €	Néant
30% <= IPP <66%	50 000 €	
66% <= IPP <=100%	100 000 € (versé à 100% si tierce personne)	
<b>FRAIS DE TRAITEMENT (1)</b>	125 % de la base de remboursement Sécurité Sociale	Néant
<b>BONUS SANTE</b>	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 justificatif, 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 sociales, universitaires, professionnelles,</li> </ul> et d'une façon générale tous frais de santé prescrites par un médecin praticien.	Néant
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>	100 %	Néant
<b>INDEMNITE HOSPITALISATION</b>	15 €/jour à compter du 1 <sup>er</sup> jour d'hospitalisation (dans la limite de 150 jours)	Néant
<b>SOINS DENTAIRES ET PROTHESES</b>	150 € par dent	Néant
<b>APPAREIL ORTHODONTIQUE</b>	80 € par accident	Néant
<b>OPTIQUE</b>	Lunettes : 200 € par accident (verre + monture) Lentilles non jetables : 100 € par lentille	Néant
<b>FRAIS DE TRANSPORT</b>		Néant
Frais de 1 <sup>er</sup> 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 FFvolley 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 8,35€	FRANCHISE
<b>DECES</b>	10 000 €	20 000 €	Néant
<b>INVALIDITE PERMANENTE TOTALE</b>	10 000 €	20 000 €	Néant
<b>INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE</b>	10 000 € x taux d'invalidité	20 000 € x taux d'invalidité	Néant
<b>GARANTIE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE TRAITEMENT (2)</b>	500 € / accident	500 € / accident	Néant
<b>INDEMNITES JOURNALIERES (3)</b>		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 FFvolley (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.



FFvolley

## CERTIFICAT MEDICAL POUR LE MINEUR

Choisy le Roi, Le 20 Mai 2021

Ont été publiés le 08 Mai 2021 au Journal Officiel :

- Le décret n° 2021-564 du 7 mai 2021 relatif aux modalités d'obtention et de renouvellement d'une licence d'une fédération sportive ainsi qu'aux modalités d'inscription à une compétition sportive pour les mineurs hors disciplines à contraintes particulières
- L'arrêté du 7 Mai 2021 fixant le contenu du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

Le décret modifie le Code du Sport afin de prendre en compte l'évolution du contrôle de l'absence de contre-indication à la pratique sportive pour le mineur.

Il n'est désormais plus nécessaire, pour le mineur, de produire un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernée, pour l'obtention ou le renouvellement d'une licence sportive ou pour l'inscription à une compétition sportive organisée par la FFvolley, la ligue régionale ou le comité départemental.

La production d'un tel certificat demeure toutefois nécessaire lorsqu'une ou plusieurs réponses positives au « Questionnaire relatif à l'Etat de Santé du Sportif Mineur » conduisent à un examen médical ou dans le cas d'un surclassement.

Le sportif et la personne exerçant l'autorité parentale renseignent conjointement le « **Questionnaire Relatif à l'Etat de Santé du Sportif mineur** » (Cf : pièce jointe).

La personne exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur atteste sur le formulaire de demande de licence que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, convient de produire un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de la discipline concernée datant de moins d'un an.

En conséquence la procédure de **création ou de renouvellement d'une licence FFvolley 2021/2022 pour un mineur** évolue de la façon suivante :

- Le sportif mineur renseigne le « Questionnaire Relatif à son Etat de Santé » ;
- La personne exerçant l'autorité parentale complète obligatoirement les 3 dernières questions de ce Questionnaire ;
- Si toutes les réponses sont négatives, la personne exerçant l'autorité parentale coche sur le formulaire de demande de licence la case « *J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire relatif à l'Etat de Santé du Sportif Mineur* »
- Si une ou plusieurs réponses sont positives, la demande de licence doit être accompagnée d'un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive concernée, y compris en compétition, datant de moins d'un an.
- La personne exerçant l'autorité parentale signe le formulaire de demande de licence qui sera transmis au GSA (club) avec les autres pièces demandées.

-----  
Le Président de la CCSR  
Gérard MABILLE.-

**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. 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 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.**

**Date et signatures des parents**





# S .L . CONSTANTIA Strasbourg Neudorf

Association omnisports alsacienne créée en 1897

## Formulaire de Don

### À retenir :

- ✓ Entreprise, je déduis de l'impôt 60 % de mon don dans la limite de 0,5 % de mon chiffre d'affaire
- ✓ Particulier, je déduis 66 % de mon don dans la limite de 20 % de mon revenu imposable
- ✓ Particulier soumis à l'ISF\*, je déduis 75 % de mon don dans la limite de 45 000 par an

Pour faire un don à l'Association Sports et Loisirs Constantia Strasbourg-Neudorf, remplissez le **formulaire ci-dessous**, et adressez-le avec un **chèque à l'ordre de « Sports et Loisirs Constantia »**.

Dès la réception de votre don, nous vous ferons parvenir un **reçu fiscal** permettant de déclarer votre don lors de votre déclaration fiscale.

Civilité :  Mademoiselle  Madame  Monsieur  Madame et Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Entreprise : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Montant de votre don : \_\_\_\_\_ € ou \_\_\_\_\_ € par an pendant \_\_\_\_\_ ans

Fléchage de votre don (merci de ne cocher qu'une case) :

- ✓  Non fléché (Je laisse le Comité Directeur décider de l'affectation de mon don)
- ✓  Section Gymnastique
- ✓  Section Volley-ball
- ✓  Section Badminton
- ✓  Section Ultimate

Souhaitez-vous que votre nom soit cité sur le site internet du Club ?

Oui  Non

Souhaitez-vous recevoir des nouvelles du Club par e-mail (maximum 1 fois/mois) ?

Oui  Non



siège social : 19, Boulevard Général De Gaulle 67100 Strasbourg  
N° SIREN : 775 974 330 N° RC : C 442 APE 9401 88512  
Inscrite au Registre des Associations Vol. N° 1170 de Tribunal de Strasbourg  
N° de la Direction Départementale : 19 de la Préfecture et des Sports 67010 Le 2459  
19 de la Direction Départementale : 19 de la Préfecture et des Sports 67010 Le 2459  
19 de la Direction Départementale : 19 de la Préfecture et des Sports 67010 Le 2459



Article 1  
170 Rue des Sports de la Ville de Strasbourg 67010 Le 24  
19 de la Direction Départementale : 19 de la Préfecture et des Sports 67010 Le 2459  
19 de la Direction Départementale : 19 de la Préfecture et des Sports 67010 Le 2459  
19 de la Direction Départementale : 19 de la Préfecture et des Sports 67010 Le 2459  
19 de la Direction Départementale : 19 de la Préfecture et des Sports 67010 Le 2459

Site Internet : [www.slnstrasbourg.com](http://www.slnstrasbourg.com)







## Charte de Bonne Conduite

1. Je respecte mon entraîneur et mes coéquip(iers) (ières) :

- ✓ En étant présent à tous les entraînements et à tous les matchs
- ✓ En arrivant à l'heure à l'entraînement et aux matchs
- ✓ En le prévenant à l'avance de tous retards ou absences
- ✓ En étant sérieux(x) (se) et appliqué(e)s durant chaque entraînement et match
- ✓ En jouant pour mon équipe et non pour moi
- ✓ En soutenant mes partenaires dans les moments difficiles
- ✓ En allant au centre du terrain après chaque point
- ✓ En écoutant les consignes qui sont données
- ✓ En respectant les décisions de l'arbitre

2. Je respecte le matériel mise à ma disposition :

- ✓ - En venant avec des baskets propres dans mon sac
- ✓ - En comptant les ballons à chaque début et fin d'entraînement
- ✓ - En participant au montage et démontage du terrain

3. Je participe et m'investis à la vie de la section volley-ball et de mon club :

- ✓ - En donnant un coup de main régulièrement aux bénévoles de la section
- ✓ - En allant voir les matchs des autres équipes de la section
- ✓ - En participant aux actions et événements de la section et du club

**Si j'ai l'intention de quitter le club, j'en informerai le BUREAU de la section Volley-ball par mail à [sconstantia@gmail.com](mailto:sconstantia@gmail.com) le plus rapidement possible et après discussion avec mon entraîneur et le coordinateur sportif.**

**FORZA CONSTANTIA !**

**Dossier COMPLET à adresser dûment rempli le plus rapidement possible à :**

**CONSTANTIA VOLLEY BALL  
MME MARRET  
8 RUE DU CANAL  
67116 REICHSTETT**









