



CSM Clamart VOLLEY-BALL

Inscription pour la saison 2023-2024

« FICHE CLUB »

V3



NOM, Prénom : **Nom des parents, si différent :**

IMPORTANT : les renouvellements sont prioritaires jusqu'au **4 septembre 2023** (si dossier complet remis au secrétariat à cette date). Au-delà, toutes les inscriptions seront prises en fonction des places disponibles.

☐ NOUVELLE INSCRIPTION :

- ☐ FICHE CLUB
 - ☐ FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE
 - ☐ PIÈCE D'IDENTITÉ (MINEUR EGALEMENT)
 - ☐ PHOTO D'IDENTITÉ
 - ☐ **Majeur :** certificat médical de moins de 6 mois.
 - ☐ **Mineur :** répondre au « Questionnaire santé ».
- Un certificat médical < 6 mois pour être surclassé.

⚠ Tout dossier
incomplet
sera refusé !

☐ RENOUELEMENT :

- ☐ FICHE CLUB
 - ☐ FORMULAIRE DE DEMANDE LICENCE
 - ☐ **Majeur :** si l'ancien Certificat est < 3 ans,
=> répondre au Questionnaire santé
Sinon => fournir un nouveau certificat < 6 mois
 - ☐ **Mineur :** répondre au « Questionnaire santé ».
- Un certificat médical < 6 mois pour être surclassé.

⚠ Tout dossier
incomplet
sera refusé !

COTISATIONS 2023-2024

Cotisations 2023 - 2024	Loisirs			2005 et avant	2006 à 2008	2009 - 2010 2011 - 2012	2013-2014-2015-2016 Mercredi et/ou Samedi			2017 - 2018	2019- 2020
Catégorie	V-Santé Fit-Soft- Assis	Loisirs	Loisirs Compéti- tion	Seniors	M18 Cadets	M15 Minimes M13 Benj.	M11-M9 Mercredi	M11-M9 Samedi	M11-M9 mercredi et samedi	Super Baby	Baby
Cotisation Clamart	204	204	236	276	250	237	208	208	237	217	217
Cotisation Voisins	224	224	255	295	270	255	227	227	255	237	237
	Maillot offert			Maillot + short offerts						T-shirt offert	

VOTRE PAIEMENT : par CB ☐ Chèques ☐ ANCV ☐ Nombre de chèques :
Cotisation € - PASS, Coupons, CE(*)€ **Total = €**

(*) A fournir obligatoirement avec le dossier, sinon faire un **chèque de caution** à part.

- Paiement par carte bancaire, via notre site : www.clamartvolley.com
- Possibilité de payer en 2 ou 3 chèques : sept/oct/nov (pas de centimes !)
- Les chèques Vacances et les Coupons Sports ANCV sont acceptés!
- Pour les **demandes d'attestation**, merci de faire une demande par mail : secretariat.clamartvb@gmail.com
- Le club étant une association, aucun remboursement de cotisation ne pourra être demandé.

Autorisations parentales pour les mineurs : Cochez les cases correspondantes

- ☐ autorise ou ☐ n'autorise pas mon enfant à quitter seul le lieu d'entraînement ou de compétition
- ☐ autorise ou ☐ n'autorise pas les dirigeants du club à prendre toutes les mesures utiles en cas d'accident
- ☐ autorise ou ☐ n'autorise pas mon enfant à prendre place dans une voiture particulière afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles ou amicales au cours de la saison.
- ☐ autorise ou ☐ n'autorise pas l'image de mon enfant à paraître sur les publications du Club (Site, Fb, Instagram)
- ☒ autorise mon enfant (M11, M13, M15) à ramasser les balles, 3 fois dans la saison, lors des matchs seniors
- ☒ autorise mon enfant à subir un contrôle anti-dopage

NOM **DATE** **SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉgal DU LICENCIÉ MINEUR**

VIE DU CLUB : Notre Club est une association loi 1901 qui vit grâce à la participation de bénévoles. Merci de votre aide, notamment :

- Possibilité d'accompagnement de votre enfant lors des matchs : oui / non
- Si vous souhaitez assister à une formation **d'arbitre** ou de **marqueur**, entourez la formation souhaitée
- Si vous pouvez nous mettre en relation avec un **sponsor** : oui / non
- **Aide au :** comité directeur, secrétariat, permanence, coaching (entourez) ou autres (précisez)

SUIVI DU DOSSIER (réservé club) :

Le dossier a été **vérifié** et **transmis** au secrétariat par : Le / / 2023

Groupe ou
équipe :
.....

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS		NOM DU GSA	
Licence COMPETITION EXTENSION ☐ VOLLEY-BALL ☐ OUTDOOR ☐ P.V. SOURD ☐ P.V. ASSIS ☐ COMPET'LIB Licence ENCADREMENT EXTENSION AVEC Certif. Médical ☐ ARBITRE ☐ EDUCATEUR SPORTIF ☐ SOIGNANT EXTENSION SANS CM ☐ DIRIGEANT ☐ PASS BENEVOLE Licence HORS COMPETITION ☐ EXTENSION Volley Pour Tous Licence TEMPORAIRE ☐ Validité 1 mois ☐ Validité 3 mois <i>Réservée aux non-licenciés, Certificat Médical obligatoire</i>		CSM CLAMART	
		NUMERO DU GSA 092 7924	
TYPE DE DEMANDE ☐ CREATION ☐ RENOUELEMENT ☐ MUTATION NATIONALE ☐ MUTATION REGIONALE ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE		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 : CODE POSTAL : VILLE : TEL : PORTABLE : EMAIL (obligatoire pour accéder à votre Espace Personnel) :	
www.ffvolley.org    @ffvolley			
CERTIFICAT MEDICAL		SIMPLE SURCLASSEMENT (*)	
Je soussigné, Dr Atteste que M / Mme Présente une absence de contre indication à : La pratique du Volley-Ball, y compris en compétition Fait le Signature et cachet du Médecin :		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 :	
(*) Sans surclassement un jeune ne pourra pas jouer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure à la sienne. Par exemple pour pouvoir faire un remplacement dans la catégorie juste au dessus.			
(Mineurs : à remplir obligatoirement) QUESTIONNAIRE DE SANTE (Majeurs : obligatoire si CM > à 6 mois)			
☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire Santé FFVolley : http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/médical/FFvolley_qs_sport_2023-2024.pdf ☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire Santé Relatif à l'Etat de Santé du Sportif mineur http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/médical/FFvolley_qs_sport_sportifs_mineurs_2023-2024.pdf			
A remplir obligatoirement		INFORMATIONS ASSURANCES	
Je soussigné, (nom et prénom) 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). ☐ (<- à cocher obligatoirement) Reconnaiss avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document et : Faire un choix parmi ces trois propositions ☐ Décide de <u>souscrire au contrat collectif</u> « Accident Corporel » de base inclus dans la licence (pour information, valorisée à 0,58€ TTC). ☐ Décide de <u>souscrire une option complémentaire</u> et acquitte la somme de : ☐ Option A (5,05€ TTC) ou ☐ Option B (9,04€ TTC). ☐ Décide de <u>ne pas souscrire au contrat collectif</u> « 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 relative 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 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 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 ou par courrier à l'attention du DPD de la FFVolley 17 rue Georges Clémenceau, 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 électro-			
NOM, DATE ET SIGNATURE			
Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur			
NOM, DATE ET SIGNATURE ICI			

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2023/2024

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.

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 : - 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 1 ^{er} 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.

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 +33.549.77.47.78 - 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.**

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.

(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.

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

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

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.



QUESTIONNAIRE DE SANTE FFvolley" Pour MAJEURS

En application de la réglementation de la FFvolley, la présentation d'un certificat médical d'absence de contre-indication datant de moins de 3 saisons est exigée, sous réserve d'avoir renseigné le présent Questionnaire de Santé FFvolley et attesté que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, un certificat médical, datant de moins de 6 mois attestant l'absence de contre-indication à l'encadrement ou à la pratique du volley, y compris en compétition, est nécessaire.

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

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

Si vous avez répondu "Oui" à une ou plusieurs questions, vous devrez consulter un médecin et lui présenter le présent questionnaire, afin d'obtenir un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à l'encadrement ou à la pratique du volley, y compris en compétition.

Les réponses formulées sont confidentielles et relèvent de la seule responsabilité du licencié.

QUESTIONS	OUI	NON
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐ c	☐ c
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐ c	☐ c
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)	☐ c	☐ c
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐ c	☐ c
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	☐ c	☐ c
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐ c	☐ c
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 ?	☐ c	☐ c
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐ c	☐ c
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐ c	☐ c