FFvolley

CERTIFICAT MEDICAL
VOLLEY SANTE

Je soussigné (e), ... Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

NOM..... ; PRENOM.....

Né (e) le ___/___/____ - Numéro de licence ______________

Nom du Club .....

et certifie que son état présente une absence de contre-indication à la pratique du Volley Santé.

Fait à....., Le.....

Signature et cachet du médecin examinateur :

Aide à la prescription :

- Médico-Sport Santé : www.vidal.fr taper « volley » dans « Rechercher ».
- Haute Autorité de Santé : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2875944/fr/prescrire-l-activite-physique-un-guide-pratique-pour-les-medecins#toc_1_1
- Liste des Maisons Sport Santé : sec.presse.sports@sports.gouv.fr

---

Lors de la 1ère prise de licence, un certificat médical datant de moins d'un an est exigé. Entre chaque renouvellement triennal, le licencié ou son représentant légal doit renseigner un questionnaire de santé et attester que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. Si ce n'est pas le cas, le licencié devra fournir un nouveau certificat médical.