CERTIFICAT MEDICAL
VOLLEY SANTE

Je soussigné (e), ... Docteur en médecine,

N° RPPS ..... certifie avoir examiné ce jour :

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

Né (e) le ___/___/____

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 :

- Médicosport-Santé : https://www.vidal.fr/sante/sport/infos-sport-medicosport-sante/12/volley-ball/
- Haute Autorité de Santé : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-a-des-fins-de-sante
- Carte interactive des Maisons Sport-Santé : https://www.sports.gouv.fr/decouvrez-les-maisons-sport-sante-les-plus-proches-de-chez-vous-389

L'intéressé doit compléter un « Questionnaire relatif à l'état de santé FFvolley-Majeurs » ou un « Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineurs » et attester sur son formulaire de demande de licence, que toutes les rubriques du questionnaire ont donné lieu à une réponse négative. Dans le cas contraire, il devra fournir un certificat médical, datant de moins de 6 mois, attestant l'absence de contre-indication à la pratique du Volley, y compris en compétition.