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.....

<u>Signature et cachet du médecin examinateur</u> :

<u>Aide à la prescription :</u>

- 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 première prise de licence, un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique du Volley Santé datant de moins de 6 mois. Pour chaque renouvellement, le sportif devra renseigner un « Questionnaire de Santé FFvolley » et attester que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, un certificat médical, datant de moins de 6 mois attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du Volley Santé