



## **INSCRIPTIONS AS ST SYLVAIN D'ANJOU FOOTBALL SAISON 2023/2024**

**Pour toutes les catégories : Les 15-19-21-27-29 juin 2023**  
**Les 3-5 juillet 2023**

➔ **Au complexe du Bois de la Salle (Stade) de 18h00 à 19h30,**

**Pour les nouveaux joueurs/joueuses (muté(e)s provenant d'un autre club, nous avons besoin obligatoirement :**

- d'une photocopie de pièce d'identité (carte d'identité, permis de conduire, passeport, livret de famille).
- d'une photo d'identité récente.
- de la demande de licence dûment remplie,

**Pour les renouvellements et les nouveaux joueurs/joueuses (sans club), vous devez faire une demande de licence en ligne (dématérialisation)**

**Le certificat médical étant valable 3 ans pour les majeurs, vérifiez bien la date de votre dernier certificat !!!**

**S'il a moins de 3 ans... Il n'est pas nécessaire d'aller chez le médecin si toutes les questions du questionnaire de santé sont négatives.**

**Le joueur mineur n'est pas soumis à l'obligation de fournir un certificat médical et ce n'est donc que dans l'hypothèse où il répond oui à une ou plusieurs questions du questionnaire de santé qu'il devient soumis à l'obligation de fournir un certificat médical, qui vaut alors pour une seule saison.**

### **IL FAUT OBLIGATOIREMENT UNE PHOTO D'IDENTITE RECENTE**

**La cotisation : aucune demande de licence ne sera effectuée tant que celle-ci ne sera pas réglée intégralement. (Possibilité de régler en plusieurs chèques)**

**TOUT RENOUELEMENT DE LICENCE DEMANDE APRES LE 20 JUILLET 2023 SERA**

**MAJORE DE 20€ POUR LES CATEGORIES SENIORS, VETERANS, LOISIRS, SAUF POUR LES NOUVEAUX JOUEURS.**

**Pour tout renseignement : secrétaire Loïc MOISELLE – Tél : 06.82.87.87.62**  
**[loicmoiselle@sfr.fr](mailto:loicmoiselle@sfr.fr)**





# ORGANIGRAMME TECHNIQUE

SAISON 2023-2024



**Conseiller TECHNIQUE**  
**Sébastien FOULON (BEF)**  
06.81.30.50.05



**Conseil d'Administration**  
Président  
Jean ROBIN



**RESPONSABLE**  
**ARBITRAGE & COORDINATEUR FOOT FEMININ**  
Loïc MOISELLE  
06.82.87.87.62



## POLE PERFORMANCE & Loisirs

**Responsable Seniors**  
**Sébastien FOULON**  
(B.E.F)  
06.81.30.50.05



**Responsable U18-U19**  
**Guilllian GODET**  
(BMF)  
07.77.67.27.85



**Responsable U16-U17**  
**Romain PORHEL**  
(BMF)  
07.77.06.00.86



**Responsable U14-U15**  
**Timothé SOURICE**  
(BMF APP)  
07.82.38.89.15



**Responsable U12-U13**  
**Sébastien GUITTIÈRE**  
(CFF1-3 & 4)  
06.27.02.35.59



## POLE PRE-FORMATION

**Veterans**  
**Dominique TOMAS**  
06.80.08.30.59



**Loisirs**  
**Jean-Yves DUPRE**  
06.22.29.89.86



**RESPONSABLE**  
**Ecole des Gardiens de But**  
Jérôme Quincharid (CFEGB)  
06.64.01.72.58



## FOOT Animation

**Responsable Ecole de Foot**  
**Guilllian GODET**  
(BMF)  
07.77.67.27.85



## FOOT FEMININ

**Responsable Technique**  
**Timothé SOURICE**  
(BMF APP)  
07.82.38.89.15







CATEGORIES	Tarifs 2023 2024
Libre / Vétéran	140
Libre / Senior	150
Libre / Senior U20 (- 20 ans)	150
Libre / U19 (- 19 ans)	140
Libre / U18 (- 18 ans)	140
Libre / U17 (- 17 ans)	140
Libre / U16 (- 16 ans)	140
Libre / U15 (- 15 ans)	130
Libre / U14 (- 14 ans)	130
Libre / U13 (- 13 ans)	110
Libre / U12 (- 12 ans)	110
Libre / U11 (- 11 ans)	110
Libre / U10 (- 10 ans)	110
Libre / U9 (- 9 ans)	100
Libre / U8 (- 8 ans)	100
Libre / U7 (- 7 ans)	90
Libre / U6 (- 6 ans)	90
Libre / U18 F (- 18 ans F)	130
Libre / U17 F (- 17 ans F)	130
Libre / U16 F (- 16 ans F)	130
Libre / U15 F (- 15 ans F)	130
Libre / U14 F (- 14 ans F)	130
Libre / U13 F (- 13 ans F)	110
Libre / U12 F (- 12 ans F)	110
Libre / U11 F (- 11 ans F)	110
Libre / U10 F (- 10 ans F)	110
Libre / U9 F (- 9 ans F)	100
Libre / U7 F (- 7 ans F)	90
Libre / U6 F (- 6 ans F)	90
Foot Loisir / Foot Loisir	140



Classification : Internal





JOUEUR / DIRIGEANT / VOLONTAIRE

DEMANDE DE LICENCE DE FOOTBALL - SAISON 2023-2024

A remplir intégralement

En cas de première demande, fournir une photo d'identité et un certificat médical (uniquement pour les majeurs)



Nom du club\* : ..... N° d'affiliation du club\* : .....

IDENTITÉ

NOM\* : ..... Sexe : M  / F 
PRÉNOM\* : ..... Nationalité\* : .....
Né(e) le\* : ..... à CP\* : ..... Ville de naissance\* : .....
Adresse (1)\* : ..... CP\* : ..... Ville\* : .....
Pays de résidence\* : ..... Email (1) : .....
Téléphones : fixe ..... mobile .....
(1) Je fournis (ou mon représentant légal) une adresse postale et une adresse électronique auxquelles me seront envoyées des communications officielles...

CATÉGORIE(S)

Demande une ou des licences de types (plusieurs cases peuvent être cochées)\* :
Dirigeant  Volontaire  Joueur : Libre  Futsal  Entreprise  Loisir

DERNIER CLUB QUITTÉ

Saison : ..... Nom du club : .....
Fédération étrangère le cas échéant : .....

ASSURANCES

Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance, dans le document fourni au verso ou ici https://fff.fr/pass/600.pdf, par ma Ligue régionale et mon club\* :
- des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
- de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) :
[ ] Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur.
OU BIEN [ ] Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

OFFRES COMMERCIALES

Je souhaite être informé(e) d'offres exclusives, sélectionnées pour moi, par la FFF [ ]
Je souhaite être informé(e) d'offres préférentielles de la part des partenaires officiels de la FFF [ ]

COORDONNÉES

Les coordonnées d'un demandeur dirigeant ou volontaire sont susceptibles d'apparaître sur les annuaires et/ou les sites internet de la FFF, des Ligues ou des Districts. Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case [ ]

LICENCIÉ MINEUR : AUTO-QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Le certificat médical n'est pas obligatoire. Ce principe est applicable uniquement si la condition suivante est respectée :
- l'intéressé doit répondre au questionnaire de santé (https://www.fff.fr/le/qas-li-min-2023-2024.pdf) et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Dans le cas contraire vous devez fournir le certificat médical ci-dessous qui ne sera valable que pour la saison en cours.

Par la présente, le bénéficiaire et son représentant légal confirment avoir pris connaissance du questionnaire et attestent avoir\* :

[ ] Répondu NON à toutes les questions ; vous autorisation de surdassement simple (dans les conditions de l'article 73.1 des RG de la FFF)
[ ] Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; certificat médical ci-dessous à faire remplir

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Dr ..... (1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous, Pour les joueurs :

- présente l'absence de contre-indication médicale à la pratique du football :
- en compétition,
- en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure (2).
Pour les dirigeants :
- présente l'absence de contre-indication médicale à l'arbitrage occasionnel.

(1) Obligatoire. (2) Payer en cas de non approbade. (3) Le cochet doit être lisible en totalité (encore noire souhaitée).

LICENCIÉ MAJEUR : AUTO-QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Le certificat médical est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe n'est applicable que si les deux conditions suivantes sont respectées pendant la période de trois saisons :
- l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre.

- l'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé (https://www.fff.fr/le/qas-li-2023-2024.pdf), et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Par la présente, je confirme avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir\* :

[ ] Répondu NON à toutes les questions
[ ] Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; certificat médical ci-dessous à faire remplir
Dans tous les autres cas (ex : première demande de licence), vous devez faire remplir le certificat médical ci-dessous.

(1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,

Date de l'examen : ..... / ..... / ..... (1) Bénéficiaire (nom, prénom)

Signature et cachet (1)(3) .....

LICENCIÉ MINEUR : SIGNATURE

Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette demande à prendre une licence au sein de ce club dans les conditions énumérées dans le présent document (notamment celles relatives aux assurances) ainsi que la création d'un espace personnel.

Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Représentant légal du demandeur :

Nom, prénom\* : ..... Signature\*

LICENCIÉ MAJEUR : SIGNATURE

Le demandeur certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Demandeur\* : ..... Signature\*

REPRÉSENTANT DU CLUB : SIGNATURE

Je certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes et engage la responsabilité du club.

Nom, prénom\* : ..... Signature\*

(\*) Champ obligatoire.

Vos données sont collectées par la FFF comme responsable de traitement aux seules fins de gestion de votre demande de licence. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, consultez notre Politique de confidentialité dédiée : https://www.fff.fr/le/600.pdf



2023-2024

# Ligue de Football des Pays de la Loire

## Rappel des garanties incluses dans l'assurance de la licence délivrée par la Ligue

### 1. RESPONSABILITÉ CIVILE (GENERALI n° AT172883)

#### RESPONSABILITÉ CIVILE VIS-À-VIS DES TIERS

Domages corporels, matériels et immatériels confondus/an ..... 20 000 000 €  
(tableau des garanties disponible dans son intégralité dans la notice d'information sur [www.assurfoot.fr](http://www.assurfoot.fr), rubrique téléchargements)

### 2. INDIVIDUELLE ACCIDENT : Formule A (GENERALI n° AT172883)

La Ligue de Football des Pays de la Loire informe ses adhérents de la nécessité de souscrire un contrat d'assurance de personne ayant pour objet de proposer des garanties forfaitaires en cas de dommage corporel survenu à l'occasion de la pratique sportive. À cet effet sont proposées, lors de la souscription de la licence, les garanties suivantes :

#### ACCIDENTS CORPORELS

- DÉCÈS :
  - Célébatale ..... 27 500 €
  - Marié ou pacsé ..... 31 000 €
  - + 15 % par enfant à charge
- INVALIDITÉ PERMANENTE :
  - a) 1 % à 32 % (taux d'IPP x Capital de Référence) ..... 25 000 €
  - b) 33 % à 65 % (taux d'IPP x Capital de Référence) ..... 45 000 €
  - c) à partir de 66 % ..... 90 000 €
- INVALIDITÉ GRAVE (transport exclu) :
  - à partir de 66 % ..... 1 000 000 €
- INDEMNITÉS JOURNALIÈRES\* (IJ) (GENERALI n° ALB69253-ADH3)
  - À compter du 22<sup>e</sup> jour et pendant 365 jours, maximum ..... 16 €/jour
- SCOLARITÉ (franchise 15 jours) maximum :
  - Soutien pédagogique et frais de transport ..... 1 000 €
  - Redoublement de l'année scolaire ..... 1 000 €
- FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE :
  - Si taux d'invalidité supérieur à 25 % ..... 5 000 €
- FRAIS MÉDICAUX, PHARMACEUTIQUES, D'HOSPITALISATION\*,
  - à concurrence de 300 % du tarif de Convention de la SS
- FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER ..... Frais Réels
- FRAIS MÉDICAUX PRESCRITS ET NON PRIS EN CHARGE PAR LES RÉGIMES OBLIGATOIRES, maximum ..... 1 525 €
- FORFAIT DENTAIRE\*
  - Maximum par dent ..... 500 €
- FRAIS D'ORTHODONTIE\*, maximum ..... 1 000 €
- FORFAIT OPTIQUE / LENTILLES DE LUNETTES\*, maximum ..... 400 €
- FORFAIT PROTHÈSE AUDITIVE\*, maximum ..... 1 000 €
- RAPATRIEMENT ..... Frais Réels
- FRAIS DE TRANSPORT PRESCRITS\* ..... Frais Réels
- DOMMAGES AUX VÉHICULES\*, maximum ..... 10 000 €  
(après intervention assurance auto obligatoire)

\* Après intervention des régimes obligatoires et complémentaires.

### 3. PROTECTION JURIDIQUE (CFDP n° 68GSLFR004/1)

au bénéfice des personnes physiques (licencié.e.s) et des personnes morales (Ligues, Districts, Clubs). Notice d'information complète disponible sur [www.assurfoot.fr](http://www.assurfoot.fr), rubrique téléchargements.

## Souscription des garanties complémentaires proposées dans la demande de licence

Compte tenu de votre situation personnelle, les garanties ci-contre peuvent vous paraître insuffisantes, c'est pourquoi nous vous donnons la possibilité de souscrire individuellement des garanties complémentaires directement auprès de GENERALI SPORTS - ASSURFOOT sur [www.assurfoot.fr](http://www.assurfoot.fr).

Garanties complémentaires	Capitaux Décès	Capitaux Invalidité	Indemnités Journalières	Tarif
<b>Formule B</b> <b>Formule C</b> (1) À compter du 22 <sup>e</sup> jour et pendant 365 jours vient en remplacement des montants de la Formule A	Formule A + 25 % Formule A + 50 %	Formule A + 25 % Formule A + 50 %	20 € / jour (1) 24 € / jour (1)	40 € / an 80 € / an
<b>Formule D « Spécial Invalidité »</b> À partir de 33 % de taux d'invalidité, capital de référence porté à : (exemple : si invalidité 40 %, Indemnité de 48 000 €)		120 000 €	—	21 € / an
<b>Formule E :</b> Indemnités journalières à compter du 5 <sup>e</sup> jour et pendant 730 jours (*)			8 € / jour	22 € / an
<b>Formule F :</b> Indemnités journalières à compter du 5 <sup>e</sup> jour et pendant 730 jours (*)			12,50 € / jour	35 € / an
<b>Formule G :</b> Indemnités journalières à compter du 5 <sup>e</sup> jour et pendant 730 jours (*)			16 € / jour	44 € / an
<b>Formule H :</b> Indemnités journalières à compter du 5 <sup>e</sup> jour et pendant 730 jours (*) (* vient en cumul des garanties de la licence (formule A)			23 € / jour	56 € / an

Profitez de la souscription en ligne avec paiement sécurisé sur [www.assurfoot.fr](http://www.assurfoot.fr), c'est simple, rapide et sûr !  
Prise de garantie immédiate



**ASSURFOOT**  
L'Assureur deux étoiles

Un simple clic suffit !

Si vous ne souhaitez pas souscrire en ligne, retrouvez le formulaire de souscription dans la rubrique téléchargements de [www.assurfoot.fr](http://www.assurfoot.fr)

NOTA : GARANTIES ET TARIFS EN VIGUEUR POUR LA LICENCE 2023/2024. Document non contractuel à caractère informatif, les garanties peuvent donner lieu à exclusions, limitations et franchises. Pour en connaître le détail, reportez-vous aux notices d'information sur [www.assurfoot.fr](http://www.assurfoot.fr), rubrique téléchargements.



ASSURFOOT est une marque de GENERALI #SPORTS

N° ORIAS : 18 004 613  
16, rue du Long Douet  
14760 BRETTEVILLE-SUR-ODON  
Tél. : 02 31 06 03 06  
[assurfoot@agence.generalif.fr](mailto:assurfoot@agence.generalif.fr)



**LIGUE DE FOOTBALL DES PAYS DE LA LOIRE**  
**Police n°AT172883**

**RAPPEL DES GARANTIES INCLUSES DANS L'ASSURANCE DE LA LICENCE DÉLIVRÉE PAR LA LIGUE**

**1. RESPONSABILITÉ CIVILE**

**RESPONSABILITÉ CIVILE VIS-A-VIS DES TIERS**

• DOMMAGES CORPORELS, MATERIELS ET IMMATERIELS CONFONDUS ..... 20 000 000 €

**2. INDIVIDUELLE DU FOOTBALLEUR : Formule A**

La Ligue Football des Pays de la Loire Informe ses adhérents de la nécessité de souscrire un contrat d'assurance de personne ayant pour objet de proposer des garanties forfaitaires en cas de dommage corporel survenu à l'occasion de la pratique sportive. A cet effet sont proposées, lors de la souscription de la licence, les garanties suivantes :

**ACCIDENTS CORPORELS**

• DÉCÈS (1) :		• FRAIS MÉDICAUX, PHARMACEUTIQUES, D'HOSPITALISATION (1)	
- Célébataire	27 500 €	à concurrence de 300 % du tarif de Convention de la SS	
- Marié ou pacsé	31 000 €	• FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (1) maximum 365 jours	Frais Réels
• 15 % par enfant à charge		• FRAIS MÉDICAUX NON PRIS EN CHARGE PAR LES REGIMES OBLIGATOIRES (1)	maximum 1000 €
(1) Pour les assurés de moins de 17 ans, la quote est limitée aux frais débilités (dans la limite de 4000 €)		• FORFAIT DENTAIRE (1) * maximum par dent	300 €
• INVALIDITÉ PERMANENTE :		• FRAIS D'ORTHODONTIE (1) * maximum	1000 €
a) 1 % à 32 % (taux d'IPP x Capital de Référence)	25 000 €	• FRAIS OPTIQUE / LENTILLES (1) * maximum	400 €
b) 33 % à 65 % (taux d'IPP x Capital de Référence)	45 000 €	• FRAIS PROTHÈSE AUDITIVE (1)	1000 €
c) à partir de 66 %	90 000 €	• RAPATRIEMENT	Frais Réels
• INVALIDITÉ GRAVE (transport exclu)	1 000 000 €	• FRAIS DE TRANSPORT PRESCRITS (1) * maximum	Frais Réels
• SCOLARITÉ (franchise 15 jours) maximum :	1 000 €	(1) En complément ou à défaut des prestations fournies par les régimes sociaux et/ou privés, les régimes complémentaires, et dans la limite des frais engagés.	
Frais de rattrapage et frais de transport redoublement de l'année scolaire	1 000 €		
• FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE :	5 000 €		
Si taux d'invalidité supérieur à 25%		EXTENSION INDENNITÉS JOURNALIÈRES* (1)/ARRÊT DE TRAVAIL	16€/jour
		A compter du 22 <sup>ème</sup> jour et pendant 365 jours	

**POUR LES ARBITRES, LES DIRIGEANTS ET LES JOUEURS SÉLECTIONNÉS**

**A. Forfait complémentaire dents, prothèses, lunettes :** 160 € / accident

**D. Indemnités journalières\* :** 16 € / jour

\* Franchise : 4 jours - Indemnisation au maximum pendant 1 095 jours

\* en cumul de l'extension Indemnités journalières / Arrêt de travail

**C. En cas d'hospitalisation : Indemnités journalières :** 16 € / jour

\* Franchise : 2 jours

\* Indemnisation au maximum pendant 365 jours

NOTA : GARANTIES ET TARIFS EN VIGUEUR POUR LA LICENCE 2023/2024



**POUR LES MEMBRES LICENCIÉS DU CONSEIL DE LA LIGUE, DES DISTRICTS ET DES COMMISSIONS RÉGIONALES ET DÉPARTEMENTALES**

**A. Les capitaux DÉCÈS non multiples par décès :**

**B. Indemnité permanente :**

• Le capital de 1% à 32% IP est porté à 50 000 € ;

• Le capital de 33% à 65% IP est porté à 90 000 € ;

• Le capital à partir de 66% IP reste fixé à 90 000 € ;

**C. En cas d'hospitalisation : Indemnités journalières :** 32 € par jour

\* Franchise : 2 jours

\* Indemnisation au maximum pendant 365 jours

**BULLETIN DE SOUSCRIPTION DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES**

Compte tenu de votre situation personnelle, les garanties ci-dessus peuvent vous paraître insuffisantes, c'est pourquoi nous vous donnons la possibilité de souscrire Individuellement des garanties complémentaires directement auprès de GENERALI SPORTS-ASSURFOOT (par courrier, mail ou téléphone) ou sur [www.assurfoot.fr](http://www.assurfoot.fr).

Garanties complémentaires	Capitaux Décès	Capitaux Invalidité	Indemnités journalières	Tarif	Cochez l'option choisie
o Formule B	Formule A + 25%	Formule A + 25%	20 € / jour (1)	40 € / an	<input type="checkbox"/>
o Formule C (1) À compter du 22 <sup>ème</sup> jour et pendant 365 jours (2) Les formules B et C viennent en remplacement de la formule A	Formule A + 50%	Formule A + 50%	24 € / jour (1)	80 € / an	<input type="checkbox"/>
o Formule D « Spécial Invalidité » A partir de 33% de taux d'invalidité, capital de référence porté à : (exemple : si invalidité 40%, indemnité de 48 000 €)		120 000 €		21 € / an	<input type="checkbox"/>
o Formule E : Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*)			8 € / jour	22 € / an	<input type="checkbox"/>
o Formule F : Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*)			12.50 € / jour	35 € / an	<input type="checkbox"/>
o Formule G : Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*)			16 € / jour	44 € / an	<input type="checkbox"/>
o Formule H : Indemnités journalières à compter du 5 <sup>ème</sup> jour et pendant 730 jours (*)			23 € / jour	56 € / an	<input type="checkbox"/>

Nom et Prénom : ..... Date de Naissance : .....

Adresse complète: .....

Club : ..... N° d'affiliation : ..... Adresse email : .....

Je joins un chèque de ..... € Date et signature du joueur : .....

Document à compléter et à retourner, signé et accompagné de votre règlement par courrier à l'adresse GENERALI#SPORTS-ASSURFOOT - 16 rue du long Douet 14760 BRETTEVILLE-SUR-ODON.





**CERTIFICAT MÉDICAL – SAISON 2023/2024**  
**JOUEUR(SE) / DIRIGEANT(E) / ÉDUCATEUR(RICE)**

Date de l'examen : ...../...../.....<sup>(1)</sup>

Je soussigné, Dr .....<sup>(1)</sup> certifie que le  
bénéficiaire, identifié ci-dessous,

**POUR LES JOUEURS(SES) :**

- Présente l'absence de contre-indication médicale à la pratique du football en compétition,
- Présente l'absence de contre-indication médicale à la pratique du football en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure <sup>Ⓜ</sup>.

**POUR LES DIRIGEANTS(ES) :**

- Présente l'absence de contre-indication médicale à l'arbitrage occasionnel.

**POUR LES ÉDUCATEURS(RICES) :**

- Présente l'absence de contre-indication médicale à la pratique et l'encadrement du football,
- Présente l'absence de contre-indication médicale à l'arbitrage occasionnel.

Bénéficiaire (nom, prénom) : .....<sup>(1)</sup>

Signature et cachet <sup>(1)</sup> <sup>Ⓜ</sup>

<sup>(1)</sup> Obligatoire

<sup>Ⓜ</sup> Rayer en cas de non aptitude

<sup>Ⓜ</sup> Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée)





## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ FFF - LICENCIÉ MINEUR PRÉALABLE À LA DEMANDE DE LICENCE

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir ou pas un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Française de Football selon les règles énoncées à l'article 70 des Règlements Généraux de la F.F.F.

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.

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"/>



**DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)**

**OUI NON**

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**

**OUI NON**

Penses-tu quelques fois 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 la santé ?

| |  |

**QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS**

**OUI NON**

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 60 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 VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS :**

Pas de certificat médical à fournir.

Simplement attestez, selon les modalités prévues par la F.F.F., sur votre demande de licence (en ligne ou papier), avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

**SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :**

Certificat médical à fournir.

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ FFF - LICENCIÉ MAJEUR PRÉALABLE À LA DEMANDE DE LICENCE (Changement de club ou renouvellement)

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Française de Football selon les règles énoncées à l'article 70 des Règlements Généraux de la F.F.F.

**SI VOUS AVEZ FOURNI UN CERTIFICAT MÉDICAL EN SAISON 2021/2022 OU 2022/2023**  
répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**.

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1   Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2   Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3   Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4   Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6   Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>À CE JOUR :</b>		
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.) survenue durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8   Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9   Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NB :** les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

### SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS :

**Pas de certificat médical à fournir.**

Simplement attestez, selon les modalités prévues par la F.F.F., sur votre demande de licence (en ligne ou papier), avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

### SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

**Certificat médical à fournir.**

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

