



## Club Omnisports de Courcouronnes

### Section Volley-ball

### RENSEIGNEMENTS 2021/2022

#### ACTIVITÉS, JOURS ET HORAIRES

**Compétition Masculines** : lundi 20h30-22h30 à Jean-Louis Moulin , mercredi et jeudi 20h-22h15 à Colette Besson.

**Compétition Féminines** : mardi 20h -22h15 au Complexe du Lac et jeudi 20h-22h15 à Besson et/ou 20h30-22h30 à Thoison.

**Compétition Mixte** : Jeudi 20h30 – 22h30 à Thoison.

#### **École de volley (de 8 ans à 15 ans ) :**

mercredi 18h30-20h à Colette Besson , vendredi 18h-20h à Descartes et samedi 09h-12 à Descartes selon le nombre d'inscrits.

**Loisir encadré** : vendredi 20h-22h15 au Complexe du Lac

**Loisir Libre** : lundi 20h30-22h30 à JL Moulin et vendredi 20h-22h15 au Complexe du Lac

**Site internet du club** : <https://cocvolleycourcouronnes.sportsregions.fr/>

**Page Facebook** : **COC VOLLEY COURCOURONNES**

**Mail** : [volleyballcourcouronnes@gmail.com](mailto:volleyballcourcouronnes@gmail.com)

	M9 / M11	M13 / M15
<b>École de Volley ( Entraînements + Rassemblements )</b>	<b>80 €</b>	<b>90 €</b>

  

	Étudiants	Adultes
<b>Loisirs ( Entraînement + rencontres inter-clubs )</b>	<b>85 €</b>	<b>95 €</b>
<b>Compétition ( Entraînements + Licence FFVB )</b>	<b>150 €</b>	<b>155 €</b>
<b>Frais de mutation</b>	<b>OFFERT</b>	<b>35€ à charge adhérent</b>

**Le montant de la cotisation est annuel :**

**elle ne donne pas lieu à remboursement**

**CAUTION pour les maillots de compétition :**

**25€**

---

## **Pièces à fournir et informations complémentaires :**

➤ **1 Photo : Uniquement pour les nouveaux adhérents**

➤ **Certificat médical d'aptitude à la pratique du Volley-ball en compétition :**

(Bien noter pour les compétiteurs sur le certificat la pratique « en compétition »)

**Certificat médical et / ou Questionnaire joint au dossier ( dernières pages )**

➤ **Photocopie Recto Verso de la pièce d'identité**



**Club Omnisports de Courcouronnes**

**Section Volley-ball**

**INSCRIPTION**

---

DATE D'INSCRIPTION : .... / .... / .....

RÉINSCRIPTION :

---

**A REMPLIR EN LETTRES CAPITALES**

---

Nom de l'adhérent : M. Mme .....

Prénom : .....

Nom des parents (pour les mineurs si différent des parents) : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code Postal : .....

E-mail : .....

Tel. Domicile .... / .... / .... / .... / .... Tel. Travail : .... / .... / .... / .... / .... Tel. Portable .... / .... / .... / .... / ....

Date de naissance de l'adhérent : .... / .... / ....

Nationalité : .....

Profession : .....

Secteur d'activité : .....

---

---

**Modes de Paiement : En espèce ou en chèque. Chèque à établir à l'ordre du : COC VOLLEY**

	Chèque n°	Banque	Nom du Payeur	Date de remise en banque	Montant
1					
2					
3					
4					
5					

	Montant Espèces	Date de Paiement
1		
2		
3		

	Montant Ticket	Date de Paiement
1		
2		
3		

**MONTANT A PAYER : .....€**

---

**SANTE**

Avez-vous des problèmes médicaux devant être portés à la connaissance de l'entraîneur ? (exemple : allergie, asthme, diabète, etc...) **Si vous n'avez rien, écrire « AUCUN » :**

.....  
.....

**Personne à contacter en cas d'accident :**

Nom, Prénom : .....

Tel. 1 : .... / .... / .... / .... / ....      Tel. 2 : .... / .... / .... / .... / ....

---

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

<b>Formation Secouriste</b>	<input type="checkbox"/> PSC1 <input type="checkbox"/> AFPS
<b>Taille en maillot / tee-shirt</b>	<input type="checkbox"/> XXS - <input type="checkbox"/> XS - <input type="checkbox"/> S - <input type="checkbox"/> M - <input type="checkbox"/> L - <input type="checkbox"/> XL - <input type="checkbox"/> XXL - <input type="checkbox"/> XXXL

➤ **Connaissance et acceptation du Règlement Intérieur :**

J'ai lu et approuvé le règlement intérieur de la section. En cas de non-respect de ce règlement, je m'expose à des sanctions.

Celles-ci pourront aller d'un simple rappel à la règle jusqu'à l'exclusion temporaire, ou définitive, après délibération des membres du bureau du COC Volley-ball.

**La dégradation de matériels (ballon/filet...) sera sanctionnée par le remboursement de tout ou partie du montant correspondant à l'état neuf.**

**Écrire la mention « Lu et approuvé » :** .....

**Dater et signer :**

---

➤ **Droit à l'image :**

**J'autorise**

**Je n'autorise pas**

le COC volley-ball à diffuser gracieusement sur les supports internet et multimédia du club, les photos et/ou vidéos ayant été prises lors de manifestations du COC Volley.

**Écrire la mention « Lu et approuvé » :** .....

**Dater et signer :**

---

➤ **Autorisation parentale pour les mineurs :**

Je, soussigné(e) ..... (Père ou Mère ou Tuteur),  
autorise ..... à la pratique du Volley au  
sein de la Section Volley-ball du COC.

**Écrire la mention « Lu et approuvé » :** .....

**Dater et signer :**

## A l'attention des parents/ tuteurs légaux pour les personnes mineures :

**NOUS RAPPELONS QUE VOUS DEVEZ VOUS ASSURER DE LA PRESENCE D'UN CADRE DU CLUB LORSQUE VOUS AMMENEZ VOTRE ENFANT.**

Je soussigné(e), .....Père/ Mère / Tuteur légal de.....être responsable de son accompagnement jusqu'à la prise en charge par le responsable de l'entraînement (ou celui désigné par le club) ou dans le cadre des rendez-vous lors des matchs. Je m'engage à respecter les horaires lors de la reprise de l'enfant mineur à l'issue des entraînements et/ou des matchs.

- **Autorise / N'autorise pas (Rayer la mention inutile) mon enfant à quitter le lieu d'activité par ses propres moyens.**
- **Autorise / N'autorise pas (Rayer la mention inutile) toute autre personne à le transporter dans son véhicule personnel, à l'occasion des déplacements nécessaires à la pratique du Volley-ball.**

➤ J'ai la possibilité d'accompagner des jeunes pour les compétitions.  **OUI**

**NON**

Téléphone Mère : .....

Téléphone Père : .....

Téléphone du tuteur légal désigné: .....

**Écrire la mention « Lu et approuvé » : .....**

Dater et signer :

---

**PS : Un dossier incomplet ne sera pas accepté.**

## Cette partie ne concerne que l'administration du Club.

PAIEMENT	
CERTIFICAT MEDICAL	
PHOTO pour les nouveaux adhérents	
LICENCE UFOLEP	
LICENCE FFVB	
ECOLE DE VOLLEY BENJAMINS/MINIMES	
LOISIRS + ECOLE DE VOLLEY CADETS/JUNIORS	

Lors de la réception du dossier, le(s) responsable(s), désigné(s) par le président du COC Volley-ball, contrôle que celui-ci est correctement renseigné et qu'il est complet. Si une mention est manquante il ne prend pas l'ensemble du dossier et à charge de l'adhérent de le **compléter sous quinzaine**.

Au delà de ce délai, et quoi qu'il en soit **avant le 30 septembre**, date correspondant au calendrier imposé par le COC, le COC Volley-ball ne pourra pas accepter l'adhérent tant que le dossier ne sera pas rendu complet.

Les paiements par chèque peuvent aller jusqu'à 5 chèques maximum, mais l'ensemble des chèques seront donnés lors de la remise du dossier d'inscription.

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*		OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>			
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>A 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...) survenu 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"/>	
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>			

#### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

#### Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

NOM : .....

Prénom : .....

DATER ET SIGNER :



**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.*

<p>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.</p> <p align="center">Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/> Ton âge : <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> ans</p>		
<b>Depuis l'année dernière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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 desport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> 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"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aujourd'hui</b>		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>		
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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.**

**NOM :** .....

**Prénom :** .....

**DATER ET SIGNER :**