



**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](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>

---

**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**