



SC Sélestat Volley-Ball (SCSVB)

Adhésion saison 2020/2021

Procédure et liste des documents

Voici la liste des documents à compléter pour :

Une nouvelle licence :

- Formulaire de demande de licence vierge FFVB saison 2020/2021

Compléter la partie coordonnées et n'oubliez pas de faire remplir la section « **Certificat médical** » par votre médecin, pour les **jeunes qui souhaitent évoluer dans la catégorie supérieure en compétition** faite également remplir la section « **Simple surclassement** ».

Un renouvellement de licence :

- Formulaire de renouvellement de licence FFVB saison 2020/2021 (pré-rempli)

Il vous sera **fourni par votre entraîneur**, celui-ci vous indiquera s'il est **nécessaire de renouveler votre certificat médical** (à faire tous les 3 ans ou dans certains autres cas voir questionnaire QS Sport).

Dans tous les cas en plus du formulaire de licence :

- Fiche de renseignements SC Sélestat VB - Adhésion 2020/2021

- Questionnaire de santé «QS – SPORT »

Le document « PAIEMENT COTISATION 2020/2021 » liste les montants des cotisations par catégorie (lire colonne totale / le pack équipement n'est pas optionnel) et les différentes modalités de règlement.

Bonne rentrée à tous et bonne saison 2020/2021

TYPE DE LICENCE ET OPTIONS	NOM DU GSA
Licence JOUEUR COMPETITION <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH.V. <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> SNOW V. COMPET'LIB <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V ASSIS Licence ENCADREMENT <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE Licence VOLLEY POUR TOUS - VPT <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH V. <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> Volley Santé <input type="checkbox"/> SNOW V.	
	NUMERO DU GSA

TYPE DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) :	SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	TAILLE :
<input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	NOM D'USAGE :		
	PRENOM :		
	NOM DE NAISSANCE :		
	DATE DE NAISSANCE :		
	LIEU DE NAISSANCE :		
	NATIONALITE <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> AFR Assimilé Français <input type="checkbox"/> Etrangère (UE/Hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB (UE/Hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB-UE-REG (UE)		
	ADRESSE :		
	CP :	VILLE :	
	TEL :	PORTABLE :	
	EMAIL :		

CERTIFICAT MEDICAL	SIMPLE SURCLASSEMENT
Je soussigné, Dr atteste que M / Mme ne présente aucune contre-indication à : <input type="checkbox"/> la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Beach Volley, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Volley Sourd, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Volley Assis, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Snow Volley, y compris en compétition Fait le Signature et cachet du Médecin :	Je soussigné, Dr..... atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple surclassement dans le respect des règlements de la FFvolley. Fait le Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE
<input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES
Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et des disciplines associées, de mon intérêt et de la possibilité de souscrire à l'une des garanties d'assurance individuelle Accident Corporel proposée avec ma licence (base, option A ou B). <input type="checkbox"/> Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document. <input type="checkbox"/> Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,57€ TTC). <input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : ++ Option A (5,02€ TTC) ou ++ Option B (8,36€ TTC). <input type="checkbox"/> Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquitte pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFvolley. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

<input type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente. <input type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley. <input type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à diffuser mes coordonnées à ses partenaires * Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE
Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

RESPONSABILITE CIVILE : votre licence comporte une garantie d'assurance Responsabilité Civile obligatoire (L321-1 code du sport).

Ce contrat d'assurance vous couvre pendant la pratique sportive autorisée par votre licence FFVB. Il vous assure contre les conséquences financières des dommages corporels et matériels que vous causez à des tiers. Le contrat d'assurance Responsabilité Civile porte le numéro 3087988J. Il est souscrit auprès de la MAIF, société d'assurance mutuelle à cotisation variables, CS 90000- 79038 Niort cedex 9. La notice d'information détaillée peut être consultée ou téléchargée depuis le site internet de la FFVB, rubrique « assurance ».

INDIVIDUELLE ACCIDENT : La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxuels la pratique sportive peut les exposer. Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules facultatives d'assurance « Accident Corporel » : base, option A et option B.

Ces formules vous couvrent pendant la pratique sportive autorisée par votre licence FFVB. Elles sont présentées ci-dessous et dans la notice d'information réalisée par la Mutuelle des Sportifs et consultable sur le site internet de la FFVB à la rubrique assurances. Votre GSA vous en a remis un exemplaire.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures aux garanties de base, elles ne permettent pas, dans tous les cas, d'obtenir la réparation intégrale du préjudice. Le licencié est par conséquent invité à se rapprocher de son conseil en assurances qui pourra lui proposer des garanties adaptées à sa situation personnelle.

Les formules « accident corporel » sont proposées par l'Accord collectif n°2178, souscrit auprès de la MUTUELLE DES SPORTIFS - 2/4 rue Louis David, 75782 Paris cedex 16 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Mutuelle immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 422 801 910.

Les contrats d'assurances ont été souscrit par l'intermédiaire d'AIAC courtage, Société de Courtage d'Assurances selon le b) de l'article L520-1 du code des assurances - S.A.S au capital de 300.000 € - SIREN 513 392 118 - RCS PARIS - N° immatriculation ORIAS 09 051 522 - Service réclamation : 14 rue de Cligny-75009 PARIS - reclamation@aiac.fr - soumis au contrôle de l'ACPR, 61 rue taitbout 75009 Paris.

MODALITES DE CONCLUSION DU CONTRAT

Pour souscrire l'une des options « Accident Corporel », il vous suffit de cocher dans le pavé « Assurances » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquiescer avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES/ DUREE :

La garantie prend effet le 1^{er} septembre 2020, ou après cette date, le jour de l'enregistrement de la licence auprès de la FFVB et du règlement de la prime correspondante.

Elle prend fin le jour où la licence FFVB pour la saison en cours n'est plus valide.

Garantie Accident Corporel de base (0,57 € TTC)

	LICENCIES FFVB	Franchise
DECES	10 000 €	Néant
FRAIS D'OBSEQUES	5 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE	L'indemnité est calculée en multipliant le taux d'invalidité (IPP), déterminé lors de la consolidation de l'assuré, par le capital défini ci-dessous.	Néant
IPP <30%	20 000 €	
30%<= IPP <66%	50 000 €	
66%<= IPP <=100%	100 000 € (versé à 100% si tierce personne)	
FRAIS DE TRAITEMENT (1)	125 % de la base de remboursement Sécurité Sociale	Néant
BONUS SANTE	Au-delà des prestations de base ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « BONUS SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1.500 €. Ce Bonus Santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstruit en cas d'accident ultérieur. L'assuré pourra disposer de ce Bonus pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge : <ul style="list-style-type: none"> dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux, prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale, soins dentaires et optiques, en cas d'hospitalisation : la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) // si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet, frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.	Néant
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100 %	Néant
INDEMNITE HOSPITALISATION	15 €/jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation (dans la limite de 150 jours	Néant
SOINS DENTAIRES ET PROTHESES	150 € par dent	Néant
APPAREIL ORTHODONTIQUE	80 € par accident	Néant
OPTIQUE	Lunettes : 200 € par accident (verre + monture) Lentilles non jetables : 100 € par lentille	Néant
FRAIS DE TRANSPORT		Néant
Frais de 1er transport	100 %	
Transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	160€ par accident	

(1) Les Assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.

OPTIONS COMPLEMENTAIRES A et B : Tout licencié de la FF Volley peut souscrire à titre individuel, à des garanties complémentaires en cas de dommage corporel suite à un accident de sport en sus des garanties de base. Le complément de cotisation est perçu avec l'adhésion à la licence.

GARANTIES COMPLEMENTAIRES	OPTION A 5,02€	OPTION B 8,36€	FRANCHISE
DECES	10 000 €	20 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE TOTALE	10 000 €	20 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE	10 000 € x taux d'invalidité	20 000 € x taux d'invalidité	Néant
GARANTIE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE TRAITEMENT (2)	500 € / accident	500 € / accident	Néant
INDEMNITES JOURNALIERES (3)		30 € par jour (maximum : 365 jours)	10 jours

(2) Cette garantie intervient en complément de la garantie de base, sur justificatifs, pour tous types de traitement engagés par l'assuré et médicalement prescrits, en complément ou non de la Sécurité Sociale.

(3) Lorsque l'assuré a été en incapacité temporaire totale de travail suite à un accident, la M.D.S. verse une indemnité à concurrence du montant indiqué au tableau ci-dessus :
 - dans la limite de la perte de revenus réelle : pertes de salaire, prime et autre manque à gagner, sur présentation de justificatifs et sous déduction des indemnités versées par le(s) régime(s) de prévoyance et de celles attribuées au titre de la loi sur la mensualisation et de la convention collective applicable,
 - après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise, fixée à 10 jours,
 - pendant au maximum 365 jours.
 L'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de l'assuré.

INFORMATION SUR LES CONTRATS : Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription ou en cas de sinistre, contactez: AIAC courtage : N° VERT : 0 800 886 486

QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT ?

Remplissez le formulaire de déclaration d'accident que vous trouverez en ligne sur le site internet de la FFVB (rubrique assurances).

Pour faire appel à MAIF ASSISTANCE: appelez depuis l'étranger le +33.549.348.827- depuis la France : 05.49.34.88.27

contrat MAIF n° 3087988J - Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable de MAIF Assistance.



SC Sélestat Volley-Ball (SCSVB)

Adhésion saison 2020/2021

Fiche de renseignements

Identité adhérent :

Nom : _____ Prénom : _____ Masculin / Féminine (rayer mention inutile)

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Nationalité : _____ Taille : _____ cm

Pack Equipement Senior : [Sac à dos ERREA] ou [Drap de bain + gourde] (rayer mention inutile)

Pack Equipement Jeune : [Bas de survêtement] ou [Sweat taille : YXS – XXS -XS - S] (rayer mention inutile et entourer taille pour sweat)

Adresse postale : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Email adhérent : _____ @ _____

Mobile adhérent : _____ Signature adhérent : _____

Communication avec parents ou tuteurs (obligatoire pour les mineurs) :

Nom : _____ Prénom : _____ Mère / Père / Tuteur (rayer mentions inutiles)

Email : _____ @ _____

Mobile : _____ Signature :

Nom : _____ Prénom : _____ Mère / Père / Tuteur (rayer mentions inutiles)

Email : _____ @ _____

Mobile : _____ Signature :

En tant que représentant légal de l'enfant (voir identité adhérent) autorise mon enfant à pratiquer le volley-ball dans le cadre des activités du SCSVB.

Droit à l'image (rayer les mentions non acceptées) :

J'autorise le club à utiliser mon image, [où l'image de mon enfant, pour les mineurs] (site internet, publications, ..)

Je souhaite être visible sur le site internet du club (présentation équipe)

Conditions d'utilisation de vos données à caractère personnel

Conformément au Règlement Général de Protection des Données et afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, le SCSVB s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprise ou organisme ; sauf à ceux indispensables au bon fonctionnement de notre association (notamment la fédération, la ligue régionale et le comité départemental).

En complétant et en signant ce bulletin de renseignement, vous acceptez que l'association « Sport Club Sélestat Volley-Ball (SCSVB) » mémorise et utilise ces données personnelles, uniquement pour son bon fonctionnement. Vous autorisez le SCSVB à communiquer avec vous afin de vous informer des dernières actualités de la vie de notre association via les seules coordonnées collectées dans ce bulletin de renseignements.

Droit d'accès et de rectification : vous pouvez, en vertu du règlement européen sur la protection des données personnelles, avoir accès aux données vous concernant. Vous pouvez demander leur rectification et leur suppression (sauf pour celles expressément nécessaire au bon fonctionnement du SCSVB). Vous pouvez vous même modifier les données vous concernant depuis la plateforme web de l'association et votre compte de connexion.

Les démarches de rectification et suppression s'effectuent par écrit auprès du Délégué à la Protection des Données du SCSVB (DPD) à l'adresse de courriel : dpd@selestat-volleyclub.

Plateforme web du club : <https://selestat-volley.club>

Dès la **création de votre licence, vous recevrez un e-mail de création de compte** vous permettant d'accéder et de bénéficier des services de la plateforme. Pour les anciens licenciés votre compte reste toujours actif.

Pour toute question ou problème d'accès à la plateforme, n'hésitez pas à écrire à : webmaster@selestat-volley.club



PAIEMENT COTISATION 2020/2021

MONTANT COTISATION (colonne TOTAL):

CATEGORIE	ANNEE NAISSANCE	OPTION 1			OPTION 2 (avec un don)				CARTE BUVETTE
		MONTANT	PACK EQUIPEMENT	TOTAL	DON	PACK EQUIPEMENT	TOTAL	RECU FISCAL	
M7	2014 & après	105 €	50 €	155 €	205 €	50 €	255 €	150 €	
M9	2012-2013	105 €	50 €	155 €	205 €	50 €	255 €	150 €	
M11	2010-2011	105 €	50 €	155 €	205 €	50 €	255 €	150 €	
M13	2008-2009	105 €	50 €	155 €	205 €	50 €	255 €	150 €	
M15	2006-2007	105 €	50 €	155 €	205 €	50 €	255 €	150 €	
M18	2003-2005	125 €	50 €	175 €	255 €	50 €	305 €	195 €	20 €
M21	2000-2002	125 €	50 €	175 €	255 €	50 €	305 €	195 €	20 €
SENIORS	1999 & avant	130 €	50 €	180 €	270 €	50 €	320 €	210 €	20 €
COMITE/Coach	Joueur	65 €	50 €	115 €	305 €		305 €	285 €	20 €
COMITE/Coach	Non joueur		50 €	50 €	150 €		150 €	150 €	20 €

Possibilité de payer en plusieurs fois (établir plusieurs chèques avec date d'encaissement).

Possibilité de payer en COUPONS SPORTS

Réduction famille pour deux enfants ou plus : baisse de 30 € à partir du 2e enfant ou du 1er enfant si les parents sont licenciés au club.

Pack équipement jeune => BAS DE SURVETEMENT ou SWEAT indiquer la taille choisie par licencié sur fiche de renseignements. Livraison prévue fin d'année.

Pack équipement adulte => SAC A DOS ERREA ou DRAP DE BAIN + GOURDE

Nouveau : possibilité de payer par virement (RIB club joint) ou via <https://selestat-volley.club>.

VIREMENT :

MERCI de préciser le(s) nom(s) du(es) licencié(s) dans le virement.

CARTE BUVETTE :

Possibilité d'acheter une carte d'une valeur de 25 € d'un montant de 20 € qui sera déposée au BAR et qui servira à payer les consommations.

RIB DU CLUB :

Crédit Mutuel
RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

<u>Identifiant national de compte bancaire - RIB</u>					
Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise	
10278	01300	000160057240	94	EUR	CCM SELESTAT SCHERWILLER
<u>Identifiant international de compte bancaire</u>					
IBAN (International Bank Account Number)					BIC (Bank Identifier Code)
FR76	1027	8013	0000	0160 5724 094	CMCIFR2A
Domiciliation			Titulaire du compte (Account Owner)		
CCM SELESTAT SCHERWILLER			SCS VOLLEY		
6 PLACE D'ARMES BP 46			M GILLES GAUPP		
67601 SELESTAT CEDEX			38 RUE AMIRAL RONARC H		
			67640 FEGERSHEIM		
Remettez ce relevé à tout organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.					PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ



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
Durant les 12 derniers mois		
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"/>
A ce jour		
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.

MESURES MÉDICALES

LES MESURES D'AUTO-ÉVALUATION POUR LES JOUEURS.EUSES

Je suis joueur ou joueuse je dois me poser les 3 questions suivantes :

1-Est-ce que je présente des symptômes du COVID-19 ?

Oui- Je ne viens pas au club et je consulte mon médecin traitant

Non- Je peux pratiquer en respectant l'organisation prévue par le club

2-Ai-je actuellement le COVID 19 ou l'ai-je eu au cours des deux derniers mois, à ma connaissance ?

Oui- Je ne viens pas à l'entraînement et je demande à mon médecin quand je vais pouvoir reprendre l'entraînement

Non- Je peux pratiquer en respectant l'organisation prévue par le club

3-Ai-je des antécédents de problèmes cardiaques ou d'autres problèmes de santé préexistants ?

Oui- Je demande à mon médecin si je peux reprendre l'entraînement

Non- Je peux pratiquer en respectant l'organisation prévue par le club

QUE FAIRE EN CAS DE SUSPICION D'UN CAS DE COVID-19 DANS LE CLUB

Tout salarié, intervenant, pratiquant ou public présentant les symptômes du covid-19 sera orienté vers un espace dédié et pris en charge par l'équipe médicale présente le cas échéant, sur le site.

La prise en charge de la personne suspecte repose sur : l'isolement de la personne, la protection des autres, le secours médical.

Le référent sanitaire doit être prévenu.

S'IL Y A UN CAS DE COVID-19 DANS L'ÉQUIPE (JOUEURS.EUSES ET/OU STAFF ET ENCADREMENT)

1 personne symptomatique : pas d'entraînement pour toute l'équipe en attendant les résultats des tests.

1 cas confirmé de COVID-19 : isolement pendant 14 jours, test négatif et avis médical avant la reprise, reprise progressive.

Les cas contacts probables (personnes étant dans les mêmes espaces que le cas confirmé et ayant eu des contacts hors distance physique prescrite -1m-avec le cas confirmé) : communiquer la liste des personnes à l'Agence Régionale de Santé, tester les personnes (J-0 et J+7), isolement pendant 14 jours après la date du dernier contact avec le cas confirmé.

A minima toute l'équipe doit être testée et les cas contacts doivent rester isolés en attendant le résultat. Si toutes les personnes s'avèrent négatives aux tests, les entraînements normaux peuvent reprendre (sauf pour le malade). **Si plus de 2 membres de l'équipe malades arrêt pendant 14 jours des entraînements.**