







FFvolley

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

SAISON 2018/2019

Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

TYPE DE LICENCE ET OPTIONS Licence JOUEUR <input type="checkbox"/> COMPETITION VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> COMPETITION BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> COMPETITION PARA-VOLLEY SOURD <input type="checkbox"/> COMPETITION PARA-VOLLEY ASSIS <input type="checkbox"/> COMPET/LIB <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> PV Sourd <input type="checkbox"/> PV Assis Licence ENCADRANT <input type="checkbox"/> ENCADREMENT <input type="checkbox"/> DIRIGEANT Licence VPT <input type="checkbox"/> VOLLEY POUR TOUS <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> PV Sourd <input type="checkbox"/> PV Assis <input type="checkbox"/> Volley Santé	NOM DUGSA  NUMERO DU GSA <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">0340029</p>
--	---

TYPE DE DEMANDE <input checked="" type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input checked="" type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) : SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <small>Rempli par le GSA</small> NOM : PRENOM : TAILLE : DATE 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 : CODE POSTAL : VILLE : TEL : PORTABLE : EMAIL :
<p style="text-align: center;">www.ffvolley.org</p>    <p style="text-align: center;">@ffvolley</p>	

CERTIFICAT MEDICAL
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 Fait le Signature et cachet du Médecin :
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px 10px; display: inline-block;">Obligatoire pour une création</div>

SIMPLE SURCLASSEMENT
Je soussigné, Dr atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple sur- classement dans le respect des règlements de la FFvolley. Fait le Signature et cachet du médecin :
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px 10px; display: inline-block;">Recommandé pour les jeunes</div>

Dans le cas d'un renouvellement, vous êtes responsables d'évaluer la nécessité d'aller consulter ou de prolonger votre certificat médical précédent (3 ans maximum)	QUESTIONNAIRE DE SANTE	Ce questionnaire est personnel, merci de NE PAS le joindre à votre dossier
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document. <input checked="" type="checkbox"/> Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,36€ 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'acquies 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 checked="" 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.