







FFvolley

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

SAISON 2018/2019

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

<p align="center">TYPE DE LICENCE ET OPTIONS</p> <p>Licence JOUEUR</p> <p><input type="checkbox"/> COMPETITION VOLLEY-BALL</p> <p><input type="checkbox"/> COMPETITION BEACH VOLLEY</p> <p><input type="checkbox"/> COMPETITION PARA-VOLLEY SOURD</p> <p><input type="checkbox"/> COMPETITION PARA-VOLLEY ASSIS</p> <p><input type="checkbox"/> COMPET/LIB <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> PV Sourd <input type="checkbox"/> PV Assis</p> <p>Licence ENCADRANT</p> <p><input type="checkbox"/> ENCADREMENT</p> <p><input type="checkbox"/> DIRIGEANT</p> <p>Licence VPT</p> <p><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</p>	<p align="center">NOM DUGSA</p> <div align="center">  <p>Montpellier Méditerranée Métropole BEACH VOLLEY</p> <p>M Montpellier MEDITERRANEE METROPOLE</p> </div> <p align="center">NUMERO DU GSA</p> <p align="center">0340029</p>
---	---

<p align="center">TYPE DE DEMANDE</p> <p><input type="checkbox"/> CREATION</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> RENOUVELLEMENT</p> <p><input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE</p> <p><input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE</p> <p><input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE</p>	<p>N° DE LICENCE (si déjà licencié) : SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p align="center"><small>Rempli par le GSA</small></p> <p>NOM : PRENOM :</p> <p>TAILLE : DATE DE NAISSANCE :/...../.....</p> <p>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)</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB-UE-REG (UE)</p> <p>ADRESSE :</p> <p>CODE POSTAL : VILLE :</p> <p>TEL : PORTABLE :</p> <p>EMAIL :</p>
<p align="center">www.ffvolley.org</p> <div align="center">    </div> <p align="center">@ffvolley</p>	

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr
atteste que M / Mme
ne présente aucune contre-indication à :

la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition

la pratique du Beach Volley, y compris en compétition

la pratique du Volley Sourd, y compris en compétition

la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

Fait le Signature et cachet du Médecin :

Obligatoire pour une création

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 :

Recommandé pour les jeunes

QUESTIONNAIRE DE SANTE

J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qc_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).

Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.

Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (**valorisée à 0,36€ TTC**).

Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++ **Option A (5,02€ TTC)** ou ++ **Option B (8,36€ TTC)**.

~~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.

J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.

J'autorise la FFvolley à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley.

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.