

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

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



FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options	NOM DUGSA
<input type="checkbox"/> COMPETITION VOLLEY-BALL <input checked="" type="checkbox"/> <b>COMPETITION BEACH VOLLEY</b> <input type="checkbox"/> COMPETITION PARA-VOLLEY <input type="checkbox"/> Sourds <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> ENCADREMENT <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> COMPET LIB <input type="checkbox"/> VB/BV <input type="checkbox"/> Sourds <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Soft <input type="checkbox"/> Fit <input checked="" type="checkbox"/> <b>VOLLEY POUR TOUS</b> <input type="checkbox"/> VB/BV <input type="checkbox"/> Sourds <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Soft <input type="checkbox"/> Fit	MONTPELLIER BEACH VOLLEY
	NUMERO DU GSA
	0340029

TYPE DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) : .....	SEXE :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> CREATION <input checked="" type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	<b>NOM :</b> .....	<b>PRENOM :</b> .....	
	<b>TAILLE :</b> .....	<b>DATE DE NAISSANCE :</b> ...../...../.....	
	<b>NATIONALITE :</b> <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)		
	<b>ADRESSE :</b> .....		
	<b>CODE POSTAL :</b> .....	<b>VILLE :</b> .....	
	TEL : .....	<b>PORTABLE :</b> .....	
	<b>EMAIL :</b> .....		

CERTIFICAT MEDICAL (facultatif)	SIMPLE SURCLASSEMENT (pour les jeunes)
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 checked="" type="checkbox"/> la pratique du Beach Volley, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Volley Assis, 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 sur- classement dans le respect des règlements de la FFVB.  Fait le ..... Signature et cachet du médecin :

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

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 type="checkbox"/> Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46€ 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'acquiesce pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. 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 checked="" type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA. <input type="checkbox"/> J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball. <input type="checkbox"/> J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires * <small>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</small>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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