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
- ☐ **COMPETITION VOLLEY-BALL**
- ☐ **COMPETITION BEACH VOLLEY**
- ☐ **COMPETITION PARA-VOLLEY SOURD**
- ☐ **COMPETITION PARA-VOLLEY ASSIS**
- ☐ **COMPET'LIB** ☐ VB ☐ BV ☐ PV Sourd ☐ PV Assis

Licence ENCADRANT
- ☐ **ENCADREMENT**
- ☐ **DIRIGEANT**

Licence VPT
- ☐ **VOLLEY POUR TOUS** ☐ VB ☐ BV ☐ PV Sourd ☐ PV Assis ☐ Volley Santé

NOM DU GSA

NUMERO DU GSA

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☐ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvolley.org

@ffvolley

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : ..... SEXE : ☐ F ☐ M

NOM : ..... PRENOM : .....

TAILLE : ..... DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

NATIONALITE : ☐ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TEL : ..... PORTABLE : .....

EMAIL : .....

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 :

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 surclassement dans le respect des règlements de la FFvolley.

Fait le ..... Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ 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).

- ☐ 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.