



FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

SAISON 2020/2021

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



OPTIONS LICENCE

Compétition : engagé en compétition départementale, régionale, nationale

Compét'Lib : championnat loisirs (4x4, 6x6)

Pass Bénévole (gratuit) : permet d'assurer les bénévoles ou accompagnateurs du club sur les tournois, les championnats et évènements. Ne permet pas d'entraîner, d'arbitrer ou de jouer.

TYPE DE DEMANDE

création : nouveau licencié

renouvellement: a déjà été licencié

mutation: licencié dans un autre club l'an passé

CERTIFICAT MEDICAL

de préférence, remplir sur le formulaire directement ou s'assurer que la mention « pratique du volleyball en compétition » soit indiqué sur le certificat à partir de la catégorie « moins de 11 ans » (M11)

ASSURANCES (Consulter le verso)

En fonction du contrat souscrit et des options complémentaires choisis, s'assurer de bien rajouter les montants à la licence.

Cas 1: Si aucun contrat complémentaire n'est sélectionné, cochez la case « décide de ne pas souscrire au contrat collectif »

Cas 2: je souscris au contrat collectif de base (valorisée à 0,57€ TTC); je rajoute donc 0,57€ au montant de la licence.

Cas 3: j'opte l'option complémentaire A ou B; je rajoute respectivement le montant de l'option 5,02€ ou 8,36€ TTC à l'option de base et la licence.

TYPE DE LICENCE ET OPTIONS		NOMDUGSA	
Licence JOUEUR COMPÉTITION <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 checked="" 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.		VBCC Castries	
		NUMERO DU GSA 034 72 28	
TYPE DE DEMANDE <input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) : 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)	SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M TAILLE :	
www.ffvolley.org @ffvolley	ADRESSE : CP : VILLE : TEL : PORTABLE : EMAIL :		
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 <input type="checkbox"/> la pratique du Snow Volley, 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 <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 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 0,57€ 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'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 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 COMPÉTITION 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 * <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.			

IMPERATIF

Sexe
 Taille
 Date de naissance JJ / MM / AAAA
 Nationalité
 Email
 Portable

SURCLASSEMENT

À faire signer et valider par le médecin si le/la joueur/joueuse est surclassé(e).

QUESTIONNAIRE DE SANTE

À remplir obligatoirement si le certificat médical date de moins de 3 ans.

Cas 1 : Toutes les réponses sont négatives, conservez le document avec vous. N'oubliez pas de cocher la case.

Cas 2 : Si une seule réponse est positive, vous devez fournir un nouveau certificat médical.