

Seules les zones encadrées en vert sont à renseigner par l'adhérent



FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

SAISON 2022/2023

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

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS Licence COMPETITION EXTENSION <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> OUTDOOR <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> COMPETLIB Licence ENCADREMENT EXTENSION AVEC Certif.Médical <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT EXTENSION SANS CM <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE Licence HORS COMPETITION <input type="checkbox"/> EXTENSION Volley Pour Tous Licence TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois Réservee aux non-licenciés, Certificat Médical obligatoire		NOM DUGSA NUMERO DU GSA 0918042
TYPES DE DEMANDE <input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUVELLEMENT <input 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 TAILLE : 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) ADRESSE : CP : VILLE : TEL : PORTABLE : EMAIL* : <small>*L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel.</small>	
CERTIFICAT MEDICAL Je soussigné, Dr atteste que M / Mme présente une absence de contre-indication à : la pratique du 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 sur- classement dans le respect des règlements de la FFVolley. Fait le Signature et cachet du médecin :	
QUESTIONNAIRES DE SANTE <input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé FFVolley http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFVolley_qs_sport_2022-23.pdf <input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire Relatif à l'Etat de Santé du Sportif mineur http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFVolley_qs_sport_sportifs_mineurs_2022-23.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 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 0,58€ TTC). <input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : +++ Option A (5,05€ TTC) ou +++ Option B (9,04€ 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 type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, OUTDOOR, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente. <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir d'informations commerciales de la part de la FFVolley relatives à ses activités. <input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des communications et offres de la part de la FFVolley à propos de ses partenaires. <small>La Fédération Française de Volley (FFVolley) - responsable du traitement - traite vos données personnelles et voire celles de vos représentants légaux dans le cadre de la gestion de votre licence (en ce y compris de votre demande de renouvellement de licence) sur la base de l'exécution de la mission d'intérêt public déléguée à la FFVolley. Vos données peuvent être communiquées aux personnes en charge au sein de la FFVolley, nos prestataires techniques, notre assureur, ainsi que le cas échéant aux organisateurs de compétitions, à la Fédération internationale de volley. La FFVolley a désigné un DPD que vous pouvez contacter par mail : info@ffvolley.org ou par courrier à l'attention du DPD de la FFVolley 17 rue Georges Clemenceau 94607 Choisy le Roi Cedex. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et sur vos droits conformément au Règlement (UE) 2016/679 et « RGPD », consultez le DPD à l'adresse électronique indiquée.</small>		
NOM, DATE ET SIGNATURE Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.		

Certificat médical à compléter par le médecin, si certificat nécessaire

Etat civil et coordonnées à remplir

Si toutes les questions du questionnaire de santé sont **négatives**,
 Cocher la **1ere case pour les majeurs**.
 Cocher la **2ème case pour les mineurs**

Zone à compléter par le médecin, en cas de **surclassement**

Cocher la 1ere case si vous n'avez pas été licencié dans un autre club la saison précédente.
Cocher la 2ème case si vous ne souhaitez pas recevoir d'informations commerciale
Cocher le 3eme case pour recevoir la communication de la FFVolley

Inscrire son nom + prénom
Cocher la 1ere case attestant que vous avez bien lu le contrat d'assurance
Cocher la 2ème case afin de souscrire au contrat collectif avec option de base

Renseigner Nom, prénom, date, et signer