

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

Si toutes les questions du questionnaire de santé sont **négatives**,  
Cocher les **2 1eres** case pour les majeurs.  
Cocher la **3ème** case pour les mineurs

Cocher les 2 cases Autorisation De Contrôle anti-dopage

**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

**FFVolley**  
**FORMULAIRE LICENCE – SAISON 2024/2025**  
*Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club avant toute saisie de licence*

|   |  |
|---|--|
| <b>TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS</b><br>Licence <b>COMPETITION</b><br>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<br>Licence <b>ENCADREMENT</b><br>EXTENSION AVEC Certif.Médical <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT<br>EXTENSION SANS CM <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE<br>Licence <b>HORS COMPETITION</b> <input type="checkbox"/> EXTENSION Loisirs<br>Licence <b>TEMPORAIRE</b> <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois | <b>NOM DU GSA</b><br>Entente Sportive Montgeronnaise VolleyBall<br><b>NUMERO DU GSA</b><br>0918042 |
|---|--|

|   |   |
|---|---|
| <b>TYPES DE DEMANDE</b><br><input type="checkbox"/> CREATION<br><input type="checkbox"/> RENOUELEMENT<br><input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE<br><input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE<br><input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE | <b>N° DE LICENCE (si déjà licencié) :</b> ..... <b>SEXE :</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <b>TAILLE :</b> .....<br><b>NOM D'USAGE :</b> .....<br><b>PRENOM :</b> .....<br><b>NOM DE NAISSANCE :</b> .....<br><b>DATE DE NAISSANCE :</b> .....<br><b>LIEU DE NAISSANCE :</b> .....<br><b>NATIONALITE :</b> <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère <b>PAYS :</b> ..... <b>Code ISO :</b> /_/_/_/<br><b>ADRESSE :</b> .....<br><b>CP :</b> ..... <b>VILLE :</b> .....<br><b>TEL :</b> ..... <b>PORTABLE :</b> .....<br><b>EMAIL* :</b> .....<br><small>* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel</small> |
|---|---|

**www.ffvolley.org**  
f t i  
@ffvolley

**SUIVI MEDICAL [OBLIGATOIRE]**  
Suivi médical – Majeurs  
Pour toute licence hors Encadrement Extension Dirigeant, le soussigné atteste sur l'honneur [cocher toutes les cases] :  
 (obligatoire) avoir produit un certificat médical d'absence de contre-indication (CMNCI) à la pratique du sport datant de moins de 3 saisons.  
 (obligatoire) avoir répondu NON à tout le QS – FFVolley Majeurs [http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFVolley\\_gs\\_sport\\_2024-25.pdf](http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFVolley_gs_sport_2024-25.pdf); en cas de réponse OUI à une des questions, la production d'un CMNCI datant de moins de 6 mois est requise.  
Suivi médical – Mineurs  
 (obligatoire) Le soussigné atteste sur l'honneur avoir répondu, conjointement avec le mineur concerné, NON à toutes les questions du questionnaire de santé QS - Sport Mineurs [http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFVolley\\_gs\\_sport\\_sports\\_mineurs\\_2024-25.pdf](http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFVolley_gs_sport_sports_mineurs_2024-25.pdf); en cas de réponse OUI à une des questions, la production d'un CMNCI de moins de six mois est requise.

**CONTROLE D'HONORABILITE [OBLIGATOIRE]**  
J'exerce les fonctions d'éducateur sportif, de juge, d'arbitre, d'exploitant d'Etablissement d'Activités Physiques et Sportives ou suis susceptible d'intervenir auprès de mineurs au sein des articles L.212-1 et L.322-1 du code du sport. A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la FFVolley aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sein de l'article L.212-9 du code du sport soit effectué.  
Pour plus d'informations : [http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/licences/FFVolley\\_Fiche\\_Pratique\\_Control\\_Honorabilite.pdf](http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/licences/FFVolley_Fiche_Pratique_Control_Honorabilite.pdf)  
 (obligatoire) J'ai compris, j'accepte ce contrôle et m'engage à ce que les informations transmises dans le cadre du présent formulaire soient

**AUTORISATION PARENTALE – PRELEVEMENT LORS D'UN CONTROLE ANTIDOPAGE [OBLIGATOIRE]**  
En application des articles R.322-52 et R.232-67-18 du code du sport (cocher l'une ou l'autre des deux cases) :  
 Autorise tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang, prélèvement de phanères), lors d'un contrôle antidopage sur le licencié mineur ou le majeur protégé, si ou consent à ce que les échantillons prélevés lors de contrôles antidopage puissent faire l'objet d'analyses génétiques et à ce que les résultats soient enregistrés dans un traitement de données à caractère personnel conformément aux modalités prévues à l'annexe II-2 (Art. R.232-67-18)  
 Reconnaît être informé que l'absence d'autorisation parentale ou l'absence de consentement aux analyses génétiques susmentionnées est constitutive d'un refus de se soumettre à ce contrôle et est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires à son égard.

**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).  
 Reconnaît avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document et décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisit l'Option de base valorisée à 0,58€ TTC.  
 Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :  
++ Option A (5,05€ TTC) ou ++ Option B (9,04€ TTC).  
 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.  
 J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, OUTDOOR, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.  
 Je ne souhaite pas recevoir d'informations commerciales de la part de la FFVolley relatives à ses activités.  
 J'accepte de recevoir des communications et offres de la part de la FFVolley à propos de ses partenaires.  
La Fédération Française de Volley (FFVolley - responsable du traitement) traite vos données personnelles dans le cadre de la gestion de votre licence sur la base de l'exécution de la mission de service public déléguée à la FFVolley. Vos données peuvent être communiquées aux personnes en charge au sein de la FFVolley, ses associations techniques, son assureur, ainsi que le cas échéant aux organisateurs de compétitions officielles, aux instances internationales du volley. En application des articles 39 et suivants de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de mise à jour de vos données personnelles. Si vous souhaitez exercer ce droit et/ou obtenir la communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Délégué à la Protection

**NOM, DATE ET SIGNATURE [OBLIGATOIRES]**  
Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

Etat civil et coordonnées à remplir

Zone à compléter uniquement pour les licences Encadrement, Dirigeants, Arbitre

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