




# FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

## SAISON 2019/2020

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

<b>TYPE DE LICENCE ET OPTIONS</b>		<b>NOM DU GSA</b>	
<b>Licence JOUEUR</b> <b>COMPETITION</b> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V ASSIS <b>COMPET'LIB</b> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V ASSIS		<div style="text-align: center; font-size: 48px; font-weight: bold;">IMVB</div>	
<b>Licence ENCADRANT</b> <b>ENCADREMENT</b> <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> ENTRAINEUR <input type="checkbox"/> SOIGNANT <b>DIRIGEANT</b> <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE			
<b>Licence VOLLEY POUR TOUS - VPT</b> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V Assis <input type="checkbox"/> Volley Santé		<b>NUMERO DU GSA</b>	
		<div style="text-align: center; font-size: 48px; font-weight: bold;">0925271</div>	

TYPE DE DEMANDE		N° DE LICENCE (si déjà licencié) : .....		SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
<input type="checkbox"/> CREATION		NOM : .....		PRENOM : .....	
<input type="checkbox"/> RENOUELEMENT		TAILLE : .....		DATE DE NAISSANCE : .....	
<input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE		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"/> MUTATION REGIONALE		<input type="checkbox"/> ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB-UE-REG (UE)			
<input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE		ADRESSE : .....		VILLE : .....	
<a href="http://www.ffvolley.org">www.ffvolley.org</a>    @ffvolley		CODE POSTAL : .....		TEL : .....	
				PORTABLE : .....	
		EMAIL : .....			

<b>CERTIFICAT MEDICAL</b>	<b>SIMPLE SURCLASSEMENT</b>
Je soussigné, Dr ..... atteste que M / Mme ..... ne présente aucune contre-indication à : <div style="margin-left: 20px;"> <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 Sourde, y compris en compétition  <input type="checkbox"/> la pratique du Volley Assis, y compris en compétition         </div> 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 FFvolley.  <b>Fait le ..... Signature et cachet du médecin :</b>

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé [http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs\\_sport.pdf](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).

☐ Reconnaiss 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 0,57€ 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*

<p align="center"><b>NOM, DATE ET SIGNATURE</b></p> <p align="center">Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.</p>	
--	--