

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

**SAISON 2019/2020**

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

TYPE DE LICENCE ET OPTIONS	NOM DUGSA
<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 checked="" type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V ASSIS  <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	VVBL VERTOU VOLLEY-BALL LOISIRS   NUMERO DU GSA 0440037

TYPE DE DEMANDE	INFORMATIONS PERSONNELLES
<input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> CREATION NATIONALE <input type="checkbox"/> CREATION INTERNATIONALE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) : ..... SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M NOM : ..... PRENOM : ..... TAILLE : ..... DATE 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 : ..... CODE POSTAL : ..... VILLE : ..... TEL : ..... PORTABLE : ..... EMAIL : ..... A faire remplir par votre médecin (ou sur papier libre)

CERTIFICAT MEDICAL	SIMPLE SURCLASSEMENT
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 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 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 aux questions du Questionnaire de Santé <a href="http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf">http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf</a>

INFORMATIONS ASSURANCES
Je soussigné, ..... atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley-Ball et de mon intérêt et de la possibilité de souscrire à l'une des garanties d'assurance individuelle Accident Corporel proposée avec ..... Choisir un des 3 obligatoirement (le 1er étant le plus courant, et payé dans tous les cas) <input checked="" type="checkbox"/> Réponds 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 souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquiesce pas le montant de la prime d'assurance correspondante. A vous de choisir si vous voulez recevoir des infos / réducs sur les matchs pro et des news de la fédé Contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

<input checked="" type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à m'adresser par courriel des informations concernant ..... <input type="checkbox"/> 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 n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à .....
---

NOM, DATE ET SIGNATURE
Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.