



FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

FFvolley

SAISON 2021/2022

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

TYPE DE LICENCE ET OPTIONS

Licence JOUEUR

- COMPETITION** VOLLEY-BALL BEACH.V. P.V. SOURD P.V. ASSIS SNOW V.
COMPET'LIB VOLLEY-BALL BEACH VOLLEY PARA-V SOURD PARA-V ASSIS

Licence ENCADREMENT

- ARBITRE EDUCATEUR SPORTIF SOIGNANT
 DIRIGEANT PASS BENEVOLE

Licence VOLLEY POUR TOUS - VPT

- VOLLEY-BALL BEACH V. P.V. SOURD P.V. ASSIS Volley Santé SNOW V.

NOMDUGSA

UAVVB

NUMERO DU GSA

0837903

TYPE DE DEMANDE

- CREATION
 RENOUELEMENT
 MUTATION NATIONALE
 MUTATION REGIONALE
 MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvolley.org



@ffvolley

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : SEXE : F M TAILLE :

NOM D'USAGE :

PRENOM :

NOM DE NAISSANCE :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITE Française AFR Assimilé Français Etrangère (UE/Hors UE) ETR/FIVB (UE/Hors UE)
 ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE :

CP : VILLE :

TEL : PORTABLE :

EMAIL :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr

atteste que M / Mme

ne présente aucune contre-indication à :

- la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
 la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
 la pratique du Volley Sourd, y compris en compétition
 la pratique du Volley Assis, y compris en compétition
 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

J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf

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/qs_sport_sportifs_mineurs.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).

- Reconnais 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

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.