



**BIEN REMPLIR
SON FORMULAIRE
DE DEMANDE DE LICENCE**





FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

SAISON 2022/2023

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



Le formulaire est un document incontournable
pour tous les adhérents.

Il est essentiel qu'il soit intégralement et correctement rempli
afin que nous puissions prendre les licences et nous épargner
les modifications ultérieures

MERCI DE PRENDRE CONNAISSANCE DE CE DOCUMENT POUR
REmplir PARFAITEMENT VOTRE FORMULAIRE

TYPE DE LICENCE ET EXTENSIONS

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS	
<u>Licence COMPETITION</u>	
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"/> COMPET'LIB
<u>Licence ENCADREMENT</u>	
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
<u>Licence HORS COMPETITION</u>	<input type="checkbox"/> EXTENSION Volley Pour Tous
<u>Licence TEMPORAIRE</u>	<input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois
Réservée aux non-licenciés, Certificat Médical obligatoire	

TOUES LES JOUEURS/JOUEUSES
COMPETITION HORS COMPET'LIB
(DE M11 à SENIOR)

COCHER VOLLEY-BALL ET OUTDOOR

JOUEURS/JOUEUSES COMPET'LIB
(SENIOR)

COCHER COMPET'LIB

- POUR LES ARBITRES, MARQUEURS

COCHER ARBITRE

- POUR LES ENTRAINEURS

COCHER EDUCATEUR SPORTIF

- POUR LES LOISIRS – BABY ET
JEUNES

SANS COMPETITION

**COCHER EXTENSION VOLLEY POUR
TOUS**

TYPE DE DEMANDE

TYPE DE DEMANDE

- CREATION
- RENOUELEMENT
- MUTATION NATIONALE
- MUTATION REGIONALE
- MUTATION EXCEPTIONNELLE

CREATION : A COCHER POUR LES PERSONNES **NON LICENCIEES FFVB LA SAISON PRECEDENTE**

RENOUELEMENT : A COCHER POUR LES **PERSONNES LICENCIEES A ANTONY VOLLEY LA SAISON PRECEDENTE**

MUTATION NATIONALE : A COCHER POUR LES **NOUVEAUX JOUEURS EVOLUANT AVEC LA NATIONALE 2 M**

MUTATION REGIONALE : A COCHER POUR TOUS LES **NOUVEAUX ADHERENTS LICENCIES DANS UN AUTRE CLUB LA SAISON PRECEDENTE**

INFOS PERSONNELLES

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 :.....

- REMPLIR **LISIBLEMENT ET INTEGRALEMENT** CETTE PARTIE
- POUR LES MINEURS, BIEN METTRE LEUR PRENOM ET (PAS CELUI DES PARENTS...)
- NATIONALITE : Si vous ne cochez pas Français, merci de vous rapprocher de nous
- N° LICENCE : PAS D'OBLIGATION DE REMPLIR SI RENOUELEMENT

CERTIFICAT ET SURCLASSEMENT

CERTIFICAT MEDICAL	SIMPLE SURCLASSEMENT
<p>Je soussigné, Dr atteste que M / Mme ne présente aucune contre-indication à :</p> <ul style="list-style-type: none"><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<input type="checkbox"/> la pratique du Snow Volley, y compris en compétition <p>Fait le Signature et cachet du Médecin :</p>	<p>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.</p> <p>Fait le Signature et cachet du médecin :</p>

CERTIFICAT MEDICAL

Le certificat médical doit être rendu uniquement avec ce modèle (ou le modèle indépendant FICHE MEDICALE A) pour tous les surclassements. Pour plus de précision, voir le doc spécifique relatif aux Certificats médicaux.

SIMPLE SURCLASSEMENT

Nous demandons à **TOUS LES JEUNES EN COMPETITION** DE FAIRE COMPLETER CETTE
PARTIE PAR LEUR MEDECIN

QUESTIONNAIRE DE SANTE

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

CETTE PARTIE CONCERNE UNIQUEMENT :

- LES SENIORS DONT LE CERTIFICAT EST ENCORE VALABLE
(VALIDITE DURANT 3 ANS)
- LES MINEURS QUI N'AURAIENT PAS BESOIN DE FOURNIR
DE CERTIFICAT MEDICAL (VOIR PARTIE SPECIFIQUE AUX
CERTIFICATS MEDICAUX)

INFORMATIONS ASSURANCES

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.

COCHER OBLIGATOIREMENT LA PREMIERE CASE.

SUITE A COMPLETER A VOTRE CONVENANCE. LE COUT SUPPLEMENTAIRE LIE A LA SOUSCRIPTION D'UNE ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SERAIT A VOTRE CHARGE.

ATTESTATION RENOUVELLEMENT



- 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

**Première case à cocher obligatoirement pour TOUS LES LICENCIÉS QUI RENOUVELLENT LEUR LICENCE AU CLUB ET CEUX QUI N'AVAIENT PAS DE LICENCE DU TOUT.
NE PAS COCHER CETTE CASE SI VOUS ETIEZ LICENCIÉ LA SAISON PASSEE DANS UN AUTRE CLUB**

SUITE A COMPLETER A VOTRE CONVENANCE.

SIGNATURE

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

COMPLETER et SIGNER SANS FAUTE CETTE PARTIE