

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE




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



FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options	NOM DUGSA
<input type="checkbox"/> COMPETITION VOLLEY BALL <input checked="" type="checkbox"/> COMPETITION BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> COMPETITION PARA VOLLEY <input type="checkbox"/> Sourds <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Autre	MONTPELLIER BEACH VOLLEY
<input type="checkbox"/> ENCADREMENT <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> COMPET LIB <input type="checkbox"/> VB/BV <input type="checkbox"/> Sourds <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Soft <input type="checkbox"/> Fit <input type="checkbox"/> VOLLEY POUR TOUS <input type="checkbox"/> VB/BV <input type="checkbox"/> Sourds <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Soft <input type="checkbox"/> Fit	NUMERO DU GSA 0340029

TYPE DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) :	SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input checked="" type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	NOM :	PRENOM :
<p>www.ffvb.org</p>    @FFVolleyball	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 :	

CERTIFICAT MEDICAL
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 checked="" type="checkbox"/> la pratique du Beach Volley, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Volley Sourds, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Volley Assis, 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 sur- classement dans le respect des règlements de la FFVB. Fait le Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE
<input checked="" type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT » 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 indivi- duelle Accident Corporel proposée avec ma licence (base, option A ou B). <input checked="" type="checkbox"/> Reconnais 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 0,46€ 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) . (Chèque de complément à fournir) <input type="checkbox"/> Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquies pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFVB. 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.

<input checked="" type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente. <input checked="" type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA. <input type="checkbox"/> J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball. <input type="checkbox"/> J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires * <i>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</i>
--

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