






FFvolley

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

SAISON 2020/2021

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

TYPE DE LICENCE ET OPTIONS	NOM DU GSA
Licence JOUEUR COMPETITION <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH.V. <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> SNOW V. COMPET'LIB <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V ASSIS Licence ENCADREMENT <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE Licence VOLLEY POUR TOUS - VPT <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH V. <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> Volley Santé <input type="checkbox"/> SNOW V.	<p>Sélectionner le(s) type(s) de licence souhaité(s) (nous demander en cas de doute)</p> <p>Licences les plus communes : compétition volley-ball, compet'lib, volley-ball (pour sénior uniquement), arbitre</p>
	NUMERO DU GSA

TYPE DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) : SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M TAILLE :
<input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	NOM D'USAGE : PRENOM : NOM DE NAISSANCE : DATE DE NAISSANCE : LIEU 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 : CP : VILLE : TEL : PORTABLE : EMAIL :
<p>www.ffvolley.org</p> <p>  </p> <p>@ffvolley</p>	<p>Vérifier les informations</p>

CERTIFICAT MEDICAL	SIMPLE SURCLASSEMENT
<p>Je soussigné, Dr.</p> <p>atteste que M / Mme ne présente aucune contre-indication à :</p> <p><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> <p>Fait le Signature et cachet du Médecin :</p> <p>A faire remplir par le médecin (sauf si vous avez déjà un certificat sur papier libre). Attention : les date, signature et tampon sont obligatoires</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 surclassement dans le respect des règlements de la FFvolley.</p> <p>Fait le Signature et cachet du médecin :</p> <p>A ne faire remplir pour les jeunes des catégories M11, M13, M15 et M17 Attention : les date, signature et tampon sont obligatoires</p>

mettre son nom

INFORMATIONS ASSURANCES
<p>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).</p> <p><input type="checkbox"/> Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.</p> <p><input type="checkbox"/> Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisit l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,57€ TTC).</p> <p><input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : Cocher l'option choisie : A, B ou sans souscription</p> <p>++ Option A (5,02€ TTC) ou ++ Option B (8,36€ TTC).</p> <p><input type="checkbox"/> Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquiesce 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.</p>

<p><input 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</p> <p><input type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à m'adresser par courrier des informations concernant le volley.</p> <p><input type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *</p> <p>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 à cocher si vous le souhaitez</p>
--

NOM, DATE ET SIGNATURE
<p>Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.</p> <p>Ne pas oublier de mettre le nom du licencié (ou de sonreprésentant), de dater et de signer</p>