



FFvolley

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

**SAISON 2022/2023**

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

**TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS**Licence **COMPETITION****EXTENSION**  VOLLEY-BALL  OUTDOOR  P.V. SOURD  P.V. ASSIS  COMPET'LIBLicence **ENCADREMENT****EXTENSION AVEC Certif.Médical**  ARBITRE  EDUCATEUR SPORTIF  SOIGNANT**EXTENSION SANS CM**  DIRIGEANT  PASS BENEVOLELicence **HORS COMPETITION** EXTENSION Volley Pour TousLicence **TEMPORAIRE** Validité 1 Mois  Validité 3 Mois

Réservée aux non-licenciés, Certificat Médical obligatoire

**NOMDUGSA****GAP VOLLEY-BALL**   
493, Chemin des Gaudis  
05400 La Roche-des-Arnauds**NUMERO DU GSA**

005 7389

**TYPES 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 .....  
présente une absence de contre-indication à :

la pratique du 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 sur-  
classement dans le respect des règlements de la FFvolley.

Fait le ..... Signature et cachet du médecin :

**QUESTIONNAIRES DE SANTE**

- 
- J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé FFvolley
- 
- [http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley\\_qs\\_sport\\_2022-23.pdf](http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_2022-23.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/FFvolley\\_qs\\_sport\\_sportifs\\_mineurs\\_2022-23.pdf](http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_sportifs_mineurs_2022-23.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 0,58€ TTC**
- ).
- 
- 
- Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
- 
- ++
- Option A (5,05€ TTC)**
- ou ++
- Option B (9,04€ 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, OUTDOOR, PV » ou
- ENCADREMENT**
- dans un autre GSA lors de la saison précédente.
- 
- 
- Je ne souhaite pas recevoir d'informations commerciales de la part de la FFvolley relatives à ses activités.
- 
- 
- J'accepte de recevoir des communications et offres de la part de la FFvolley à propos de ses partenaires.

La Fédération Française de Volley (FFVolley - responsable du traitement) traite vos données personnelles et voire celles de vos représentants légaux dans le cadre de la gestion de votre licence (en ce y compris de votre demande de renouvellement de licence) sur la base de l'exécution de la mission d'intérêt public déléguée à la FFvolley. Vos données peuvent être communiquées aux personnes en charge au sein de la FFvolley, nos prestataires techniques, notre assureur, ainsi que le cas échéant aux organisateurs de compétitions, à la Fédération internationale de volley. La FFvolley a désigné un DPD que vous pouvez contacter par mail : [protectiondesdonnees@ffvb.org](mailto:protectiondesdonnees@ffvb.org) ou par courrier à l'attention du DPD de la FFvolley 17 rue Georges Clemenceau, 94607 Choisy le Roi Cedex. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et sur vos droits conformément au Règlement (UE) 2016/679 dit « RGPD », consultez le DPD à l'adresse électronique indiquée.

**NOM, DATE ET SIGNATURE**

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.