



CSMR - SECTION VOLLEY-BALL

FORMULAIRE D'INSCRIPTION SAISON 2022-2023

JUNIORS

<https://csmr.assoconnect.com/>

Nom :	Né(e) :/...../.....	Photo ou photocopie photo à agraffer
Prénom :	Taille :	
Adresse :		
Code Postal Ville :		
☎ de l'adhérent :	@ de l'adhérent : (MAJUSCULES) :	
☎ parent :	@ parent : (MAJUSCULES) :	
☎ parent :	@ parent : (MAJUSCULES) :	
Entrainement les mercredis de 18h00 à 20h00 au Gymnase Gustave RENAUX, rue du Docteur Bravy à Rosny-sur-Seine		

Pièces à joindre impérativement au dossier d'inscription :

- Le formulaire d'inscription dûment renseignée ET signé
- Le questionnaire de santé QS-Sport « sportif mineur »
- Chèque du montant de la cotisation à l'ordre du CSMR section Volley-Ball (voir tarifs ci-dessous)
- Le formulaire de demande de licence dûment renseigné ET signé
- La copie recto verso de la carte d'identité ou équivalent

COTISATION 2022-2023 :

Item	Intramuros ⁽¹⁾	Extramuros ⁽²⁾
Cotisation	120,00 €	140,00 €

dont cotisation CSMR ⁽¹⁾28,00 € / ⁽²⁾35,00 €

⁽¹⁾ ⁽²⁾ En cas d'activités multiples au sein du CSMR, ce montant pourra être déduit sous réserve de justifier l'inscription dans une autre activité du CSMR

⁽¹⁾ ⁽²⁾ Une attestation employeur pourra être délivrée et attestation CAF signée sur demande et après versement du paiement de la cotisation dans sa totalité

☺ : Chèques sport ANCV, PASS+, PASS-Sport acceptés, règlement en 3 fois maximum

☺☺ **Tarif dégressif** : une réduction sur la part de la section de 5% pour 2 adhérents d'une même famille, et de 10% pour 3 adhérents et plus, sera appliquée, si les fiches d'inscription sont rendues ensembles

ACCEPTATION DU RÈGLEMENT

Cette inscription est ferme et définitive et ne peut faire l'objet d'aucun remboursement. Elle implique l'acceptation sans réserve du règlement intérieur de la section.

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et son annexe, et que la Section n'est en aucun cas responsable du vol ou pertes d'objets personnels dans tous les équipements sportifs fréquentés.

Certifie avoir pris connaissance des modalités de fonctionnement, accepte sans aucune réserves tous les termes des statuts du club et m'engage à respecter et faire appliquer le règlement intérieur et son annexe.

Fait à : _____

Le : _____

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » (Représentant légal)



AUTORISATIONS 2022/2023

Je soussigné(e),

Demeurant :

(¹) père, mère, tuteur légal de l'enfant, (nom et prénom) :

DROIT A L'IMAGE

- autorise la section, à titre gratuit, la prise de vue et la publication de l'image sur laquelle mon enfant apparaît, ceci sur différent support (écrit, électronique, audiovisuel) et l'utilisation de l'image de mon enfant pour promouvoir les activités de la section dans le cadre de ses locaux et activités
 - Événements : Entraînements hebdomadaires, stages organisés pendant les congés scolaires, tournois
 - Saison sportive : 2022-2023
- n'autorise pas la section à utiliser le droit à l'image pour mon enfant

DEPART SEUL DU GYMNASSE POUR ENFANT MINEUR

- autorise la section à laisser mon enfant partir seul(e) du gymnase après son entraînement
- n'autorise pas la section à laisser mon enfant partir seul(e) du gymnase après son entraînement

ATTENTION : Nous vous remercions d'appliquer ces conseils pour la sécurité et la tranquillité de chacun de nous.

- Il arrive que l'animateur ou l'entraîneur chargé de l'encadrement de la séance de votre enfant soit absent ou en retard. Il est possible qu'il n'ait pas eu le temps de vous en avertir et que le club ne puisse pas s'organiser pour assurer l'accueil des enfants. Pour éviter les soucis liés à cette absence, nous vous demandons de venir accompagner votre enfant jusque dans la salle et de ne le laisser qu'après vous être assuré de la présence du cadre technique.
- Il vous est donc fortement déconseillé de déposer votre enfant devant le gymnase sans prendre le temps de descendre de votre voiture. Par la même occasion, votre arrêt montrera que vous encouragez la pratique de votre enfant en vous intéressant à son activité.

INTERVENTION CHIRURGICALE

- autorise la section à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident
- n'autorise pas la section à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident

Fait à : _____ Le : _____

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » (Représentant légal)

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS	NOM DU GSA
Licence COMPETITION 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 Licence ENCADREMENT 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 Licence HORS COMPETITION <input type="checkbox"/> EXTENSION Volley Pour Tous Licence TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois Réservée aux non-licenciés, Certificat Médical obligatoire	<h1>CSMR-Volley-Ball'</h1>
	NUMERO DU GSA 0780020'

TYPES 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 :		

www.ffvolley.org



@ffvolley

CERTIFICAT MEDICAL	SIMPLE SURCLASSEMENT
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 :	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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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

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). <input type="checkbox"/> Reconnaiss 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 0,58€ TTC). <input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : ++Option A (5,05€ TTC) ou ++Option B (9,04€ TTC). <input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, OUTDOOR, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente. <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir d'informations commerciales de la part de la FFvolley relatives à ses activités. <input type="checkbox"/> 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 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.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2022/2023

Les contrats sont consultables sur le site de la FFvolley : <http://www.ffvb.org/la-ffvb/l-assurance/>

RESPONSABILITE CIVILE : votre licence comporte une garantie d'assurance Responsabilité Civile obligatoire (L321-1 code du sport). Ce contrat d'assurance vous couvre pendant la pratique sportive autorisée par votre licence FFvolley. Il vous assure contre les conséquences financières des dommages corporels et matériels que vous causez à des tiers. Le contrat d'assurance Responsabilité Civile porte le numéro 3087988J. Il est souscrit auprès de la MAIF, société d'assurance mutuelle à cotisation variables, CS 90000- 79038 Niort cedex 9. La notice d'information détaillée peut être consultée ou téléchargée depuis le site internet de la FFvolley, rubrique « assurance ».

Les formules « accident corporel » sont proposées par la MAIF, société d'assurance mutuelle à cotisation variables, CS 90000- 79038 Niort cedex 9.

Les contrats d'assurances ont été souscrit par l'intermédiaire d'AIAC courtage, Société de Courtage d'Assurances selon le b) de l'article L520-1 du code des assurances – S.A.S au capital de 306.000 € - SIREN 784 199 291 – RCS PARIS – N° immatriculation ORIAS 07 005 935- Service réclamation : 14 rue de Clichy-75009 PARIS - reclamation@aiac.fr – soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest, CS92459, 75436 Paris cedex 09.

INDIVIDUELLE ACCIDENT : La FFvolley attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer. Dans ce cadre, la FFvolley propose à ses licenciés trois formules facultatives d'assurance « Accident Corporel » : base, option A et option B.

MODALITES DE CONCLUSION DU CONTRAT

Pour souscrire l'une des options « Accident Corporel », il vous suffit de cocher dans le pavé « Assurances » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquiescer avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

Ces formules vous couvrent pendant la pratique sportive autorisée par votre licence FFvolley. Elles sont présentées ci-dessous et dans la notice d'information réalisée par la MAIF et consultable sur le site internet de la FFvolley à la rubrique assurances. Votre GSA vous en a remis un exemplaire.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES/ DUREE :

La garantie prend effet le jour de l'enregistrement de la licence auprès de la FFvolley et du règlement de la prime correspondante. Elle prend fin le jour où la licence FFvolley pour la saison en cours n'est plus valide.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures aux garanties de base, elles ne permettent pas, dans tous les cas, d'obtenir la réparation intégrale du préjudice. Le licencié est par conséquent invité à se rapprocher de son conseil en assurances qui pourra lui proposer des garanties adaptées à sa situation personnelle.

Garantie Accident Corporel de base (0,58 € TTC)

	LICENCIES FFvolley	Franchise
DECES	10 000 €	Néant
FRAIS D'OBSÈQUES	5 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE	L'indemnité est calculée en multipliant le taux d'invalidité (IPP), déterminé lors de la consolidation de l'assuré, par le capital défini ci-dessous	Néant
IPP <30%	20 000 €	
30% <= IPP <66%	50 000 €	
66% <= IPP <=100%	100 000 € (versé à 100% si tierce personne)	
FRAIS DE TRAITEMENT (1)	125 % de la base de remboursement Sécurité Sociale	Néant
BONUS SANTE	Au-delà des prestations de base ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « BONUS SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1,500 €.	Néant
	Ce Bonus Santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur. L'assuré pourra disposer de ce Bonus pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge : <ul style="list-style-type: none"> dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux, prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale, soins dentaires et optiques, en cas d'hospitalisation : la majoration pour chambre particulière (les Suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) // si le blessé est mineur le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet, frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100 %	Néant
INDEMNITE HOSPITALISATION	15 €/jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation (dans la limite de 150 jours)	Néant
SOINS DENTAIRES ET PROTHESES	150 € par dent	Néant
APPAREIL ORTHODONTIQUE	80 € par accident	Néant
OPTIQUE	Lunettes : 200 € par accident (verre + monture) Lentilles non jetables : 100 € par lentille	Néant
FRAIS DE TRANSPORT		Néant
Frais de 1 ^{er} transport	100 %	
Transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	160€ par accident	

(1) Les Assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.

OPTIONS COMPLEMENTAIRES A et B : Tout licencié de la FF Volley peut souscrire à titre individuel, à des garanties complémentaires en cas de dommage corporel suite à un accident de sport en sus des garanties de base. Le complément de cotisation est perçu avec l'adhésion à la licence.

GARANTIES COMPLEMENTAIRES	OPTION A 5,05€	OPTION B 9,04€	FRANCHISE
DECES	10 000 €	20 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE TOTALE	10 000 €	20 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE	10 000 € x taux d'invalidité	20 000 € x taux d'invalidité	Néant
GARANTIE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE TRAITEMENT (1)	500 € / accident	500 € / accident	Néant
INDEMNITES JOURNALIERES (2)		30 € par jour (maximum : 365 jours)	10 jours

(2) Lorsque l'assuré a été en incapacité temporaire totale de travail suite à un accident, la MAIF, verse une indemnité à concurrence du montant indiqué au tableau ci-dessus :
- dans la limite de la perte de revenus réelle : pertes de salaire, prime et autre manque à gagner, sur présentation de justificatifs et sous déduction des indemnités versées par le(s) régime(s) de prévoyance et de celles attribuées au titre de la loi sur la mensualisation et de la convention collective applicable,
- après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise, fixée à 10 jours,
- pendant au maximum 365 jours.
L'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de l'assuré.

(1) Cette garantie intervient en complément de la garantie de base, sur justificatifs, pour tous types de traitement engagés par l'assuré et médicalement prescrits, en complément ou non de la Sécurité Sociale.

INFORMATION SUR LES CONTRATS : Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription ou en cas de sinistre, contactez: AIAC courtage : N° VERT : 0 800 886 486

QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT?

Remplissez le formulaire de déclaration d'accident que vous trouverez en ligne sur le site internet de la FFvolley (rubrique assurances). Pour faire appel à MAIF ASSISTANCE 7/24: appelez depuis l'étranger le +33.5.49.77.47.78 - depuis la France : 0800.875.875 contrat MAIF n° 3087988J - Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable de MAIF Assistance.



FFvolley

Nom de l'adhérent =

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Turéponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille un garçon Ton âge : ans

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance desport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

