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

Licence JOUEUR

COMPETITION ■ VOLLEY-BALL ☐ BEACH.V. ☐ P.V. SOURD ☐ P.V. ASSIS ☐ SNOW V.

COMPET'LIB ☐ VOLLEY-BALL ☐ BEACH VOLLEY ☐ PARA-V SOURD ☐ PARA-V ASSIS

Licence ENCADREMENT

☐ ARBITRE ☐ EDUCATEUR SPORTIF ☐ SOIGNANT

☐ DIRIGEANT ☐ PASS BENEVOLE

Licence VOLLEY POUR TOUS - VPT

☐ VOLLEY-BALL ☐ BEACH V. ☐ P.V. SOURD ☐ P.V. ASSIS ☐ Volley Santé ☐ SNOW V.

NOM DU GSA

Volley Club Wasquehal

NUMERO DU GSA

0598893

TYPE DE DEMANDE

☐ CREATION
☐ RENOUVELLEMENT
☐ 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 .....
ne présente aucune contre-indication à :

☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Sourd, y compris en compétition
☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition
☐ la pratique du Snow 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 surclassement dans le respect des règlements de la FFvolley.

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

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

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.

■ 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

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.