

TYPE DE LICENCE ET OPTIONS	NOM DU GSA
Licence JOUEUR COMPETITION ☒ VOLLEY-BALL ☐ BEACH.V. ☐ P.V. SOURD ☐ P.V. ASSIS ☐ SNOW V. COMPETLIB ☐ 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.	Volley Club Wasquehal
	NUMERO DU GSA 0598893

TYPE DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) : SEXE : ☐ F ☐ M TAILLE :
☐ CREATION ☐ RENOUELEMENT ☐ MUTATION NATIONALE ☐ MUTATION REGIONALE ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE	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 :
www.ffvolley.org    @ffvolley	

CERTIFICAT MEDICAL	SIMPLE SURCLASSEMENT
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 :	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 :

QUESTIONNAIRE DE SANTE
☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/gs_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'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.

☒ 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.