

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

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



FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

- COMPETITION VOLLEY-BALL
 COMPETITION BEACH VOLLEY
 COMPETITION PARA-VOLLEY Sourds Assis Autre
 ENCADREMENT
 DIRIGEANT
 COMPET LIB VB/BV Sourds Assis Soft Fit
 VOLLEY POUR TOUS VB/BV Sourds Assis Soft Fit

NOM DUGSA

NUMERO DU GSA

TYPE DE DEMANDE

- CREATION
 RENOUELEMENT
 MUTATION NATIONALE
 MUTATION REGIONALE
 MUTATION EXCEPTIONNELLE

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : SEXE : F M
NOM : PRENOM :
TAILLE : DATE DENAISSANCE :/...../.....
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 :
CODE POSTAL : VILLE :
TEL : PORTABLE :
EMAIL :

www.ffvb.org



@FFVolleyball

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 Sourds, y compris en compétition
 la pratique du Volley Assis, 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 FFVB.

Fait le Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »

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 indivi-
duelle Accident Corporel proposée avec ma licence (base, option A ou B).

- Reconnaiss 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 0,46€ 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 FFVB. 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'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
 J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
 J'autorise la FFVB 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.



TARIFS COTISATIONS 2017/2018

Catégories	Tarif asniérois	Tarif non asniérois
Séniors / M20	230 €	240 €
M17 / M15 / M13	210 €	220 €
M11 / M9 / M7	150 €	160 €
VOLLEY POUR TOUS / LOISIRS	180 €	190 €
BABY – MINI	150 €	160 €
FAMILLE	280 €	290 €
VOLLEY INSTITS / OLD STARS	100 €	
AIDES		
PASS 92 (Pour les collégiens)	CAF (visa loisirs)	