




| TYPE DE LICENCE ET OPTIONS  | NOM DUGSA  |
|---|--|
| <b>Licence JOUEUR</b><br><b>COMPETITION</b> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V ASSIS<br><b>COMPET'LIB</b> <input checked="" type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V ASSIS<br><br><b>Licence ENCADRANT</b><br><b>ENCADREMENT</b> <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> ENTRAINEUR <input type="checkbox"/> SOIGNANT<br><b>DIRIGEANT</b> <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE<br><br><b>Licence VOLLEY POUR TOUS - VPT</b><br><input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V Assis <input type="checkbox"/> Volley Santé | WVBL<br>VERTOU VOLLEY-BALL LOISIRS<br><br><br>NUMERO DU GSA<br>0440037 |

| TYPE DE DEMANDE  | N° DE LICENCE (si déjà licencié) : ..... SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> CREATION<br><input type="checkbox"/> RENOUELEMENT<br><input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE<br><input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE<br><input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE   | NOM : ..... PRENOM : .....<br><br>TAILLE : ..... DATE DE NAISSANCE : .....<br><br>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)<br><input type="checkbox"/> ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB-UE-REG (UE) |  |
| <b>www.ffvolley.org</b><br>  <br><b>@ffvolley</b> | ADRESSE : .....<br>CODE POSTAL : ..... VILLE : .....<br>TEL : ..... PORTABLE : .....<br>EMAIL : .....  |  |

| CERTIFICAT MEDICAL   | SIMPLE SURCLASSEMENT   |
|--|--|
| Je soussigné, Dr .....<br>atteste que M / Mme .....<br>ne présente aucune contre-indication à :<br><input type="checkbox"/> la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition<br><input type="checkbox"/> la pratique du Beach Volley, y compris en compétition<br><input type="checkbox"/> la pratique du Volley Sourd, y compris en compétition<br><input type="checkbox"/> la pratique du Volley Assis, y compris en compétition<br>Fait le ..... Signature et cachet du Médecin : | Je soussigné, Dr.....<br>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.<br><br>Fait le ..... Signature et cachet du médecin : |

| QUESTIONNAIRE DE SANTE   |
|--|
| <input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé <a href="http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf">http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf</a> |

| 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).<br><br><input checked="" type="checkbox"/> Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.<br><input type="checkbox"/> Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,57€ TTC).<br><input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :<br>++ Option A (5,02€ TTC) ou ++ Option B (8,36€ TTC).<br><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 checked="" type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.<br><input type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley.<br><input type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *<br>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. |