

On vous aide!

 **FFvolley**

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

SAISON 2019/2020

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

TYPE DE LICENCE ET OPTIONS		NOM DU GSA
Licence JOUEUR OU COMPETITION <input checked="" type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input checked="" type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V ASSIS COMPET'LIB* <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V ASSIS		US CAGNES VOLLEY BALL
Licence ENCADRANT ENCADREMENT <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> ENTRAINEUR <input type="checkbox"/> SOIGNANT DIRIGEANT <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE		
Licence VOLLEY POUR TOUS - VPT <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		NUMERO DU GSA 0067689

COCHER

* COMPET'LIB si "loisirs"

TYPE DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) :	SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input checked="" type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input checked="" type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	NOM :	PRENOM :
www.ffvolley.org    @ffvolley	TAILLE :	DATE DE NAISSANCE :
	NATIONALITE : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> AF Assimilée <input type="checkbox"/> Evangélique (Bretagne) <input type="checkbox"/> Etranger (UE/Hors UE)	
	ADRESSE :	
	CODE POSTAL :	VILLE :
	TEL :	PORTABLE :
	EMAIL :	

TOUT REMPLIR

C'est votre première licence
Vous étiez déjà à l'us Cagnes
Vous venez d'un autre club

CERTIFICAT MEDICAL	SIMPLE SURCLASSEMENT
Je soussigné, Dr atteste que M / Mme ne présente aucune contre-indication à : <input type="checkbox"/> la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Beach Volley, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Volley Sourd, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Volley Assis, 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 :
FAIRE SIGNER ET TAMPONNER PAR LE MEDECIN	FAIRE SIGNER ET TAMPONNER PAR LE MEDECIN SI NECESSAIRE

Completer, cocher, dater

QUESTIONNAIRE DE SANTE
COCHER EN FONCTION <input checked="" type="checkbox"/> 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, VOTRE NOM ET PRENOM 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). COCHER <input checked="" type="checkbox"/> Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document. <input checked="" 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). <input checked="" type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : COCHER SI VOUS SOUHAITEZ ET RAJOUTEZ LE MONTANT A VOTRE COTISATION ++Option A (5,02€ TTC) ou ++Option B (8,36€ TTC). <input type="checkbox"/> Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquies 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. COCHER EN FONCTION <input 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. <input type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley. <input type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à diffuser mes coordonnées à ses partenaires * <small>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</small>

NOM, DATE ET SIGNATURE
Licencié Majeur ou Représentant Legal pour le licencié Mineur.

SIGNER

Merci de retourner ce formulaire de demande de licence après l'avoir complété en suivant les indications ci-dessus et scanné au format PDF. **ATTENTION** ne pas envoyer un fichier contenant plusieurs documents. LA DEMANDE DE LICENCE doit être envoyée **séparément** de la fiche de renseignement (un fichier PDF pour la demande de licence, un fichier PDF pour la fiche de renseignement et un fichier PDF pour la photo au standart pièce d'identité) Adresse d'envoi: uscagnes.volley@gmail.com