

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 2015-2016

TYPE DE DEMANDE
<input type="checkbox"/> CREATION
<input type="checkbox"/> RENOUELEMENT
<input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE
<input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE

TYPE DE LICENCE
<input type="checkbox"/> COMPETITION VOLLEY-BALL
<input type="checkbox"/> COMPETITION BEACH VOLLEY
<input type="checkbox"/> ENCADREMENT
<input type="checkbox"/> DIRIGEANT
<input type="checkbox"/> COMPET LIB

NOM DU GSA
NUMERO DU GSA

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : SEXE : F M

NOM : PRENOM :

TAILLE : DATE 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 :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL : PORTABLE :

EMAIL :



www.ffvb.org

CERTIFICAT MEDICAL
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
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 :

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).
<input type="checkbox"/> Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
<input type="checkbox"/> Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46 € TTC).
<input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : ++ 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'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.

<input type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié « Compétition VB » ou « Encadrement » dans un autre GSA lors de la saison 2014/2015.
<input type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir établi de licence « Compétition VB » pour la présente saison, pour un autre GSA.
<input type="checkbox"/> J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
<input type="checkbox"/> 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 éven-
tuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOMS, DATES ET SIGNATURES		
Licencié ou Représentant légal	Le GSA	La Ligue Régionale