

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

## SAISON 2020/2021

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

| TYPE DE LICENCE ET OPTIONS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NOM DUGSA                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <p><b>Licence JOUEUR</b></p> <p><b>COMPETITION</b> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH.V. <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> SNOW V.</p> <p><b>COMPET'LIB</b> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V ASSIS</p> <p><b>Licence ENCADREMENT</b></p> <p><input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT</p> <p><input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE</p> <p><b>Licence VOLLEY POUR TOUS - VPT</b></p> <p><input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH V. <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> Volley Santé <input type="checkbox"/> SNOW V.</p> | <h1 style="margin: 0;">VOLLEY BALL CLUB<br/>DE WATTIGNIES</h1>  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p><b>NUMERO DU GSA</b></p> <h2 style="margin: 0;">0595763</h2> |

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

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

|  |
|--|
|  |
|  |

| INFORMATIONS ASSURANCES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>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).</p> <p><input type="checkbox"/> Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.</p> <p><input type="checkbox"/> Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (<b>valorisée à 0,57€ TTC</b>).</p> <p><input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :<br/> <b>++Option A (5,02€ TTC) ou ++Option B (8,36€ TTC).</b></p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><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.</p> <p><input type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley.</p> <p><input type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *</p> <p><i>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</i></p> |

| NOM, DATE ET SIGNATURE                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="text-align: center;">Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.</p> |