

TYPE DE LICENCE ET OPTIONS

Licence JOUEUR

- COMPETITION** VOLLEY-BALL BEACH VOLLEY PARA-V SOURD PARA-V ASSIS
COMPET'LIB VOLLEY-BALL BEACH VOLLEY PARA-V SOURD PARA-V ASSIS

Licence ENCADRANT

- ENCADREMENT** ARBITRE ENTRAINEUR SOIGNANT
DIRIGEANT DIRIGEANT PASS BENEVOLE

Licence VOLLEY POUR TOUS - VPT

- VOLLEY-BALL BEACH VOLLEY PARA-V SOURD PARA-V Assis Volley Santé

NOM DUGSA



contact.metzvolleyball@gmail.com

NUMERO DU GSA

0576588

TYPE DE DEMANDE

- CREATION
 RENOUELEMENT
 MUTATION NATIONALE
 MUTATION REGIONALE
 MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvolley.org



@ffvolley

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

NOM D'USAGE :

PRENOM :

NOM DE NAISSANCE :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU 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 :

CP : VILLE :

TEL : PORTABLE :

EMAIL :

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 Sourd, y compris en compétition
 la pratique du Volley Assis, y compris en compétition
 la pratique du Snow 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 surclassement dans le respect des règlements de la FFvolley.

Fait le Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

- J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf
 J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire Relatif à l'Etat de Santé du Sportif mineur http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport_sportifs_mineurs.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 individuelle Accident Corporel proposée avec ma licence (base, option A ou B).

- Reconnais 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 0,57€ 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'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.

- J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
 J'autorise la FFvolley à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley.
 J'autorise la FFvolley 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.