

FFVB FORMULAIRE

exemplaire original à co



FEDERATION

Sélectionner le type de licence selon la section :

- SM / SF : Compétition Volley Ball
- Ecole de Volley : Compétition Volley Ball
- Loisir / 4*4 : Competlib
- Arbitre ou entraîneur : Encadrement

Sélectionner le type de demande :

TYPE DE DEMANDE

- CREATION
- RENOUELEMENT
- MUTATION NATIONALE
- MUTATION REGIONALE

TYPE DE LICENCE

- COMPETITION VOLLEY-BALL
- COMPETITION BEACH VOLLEY
- ENCADREMENT
- DIRIGEANT
- COMPET LIB

SAISON 2015-2016

NOM DU GSA

NUMERO DU GSA

Nom du GSA: ES
Massy Volley
N° du GSA: 0914781

Informations obligatoires :

- Nom / prénom
- Taille pour tous
- date de naissance : JJ/MM/AAAA
- Nationalité (en cas de doute, voir avec le bureau)
- Adresse

Informations facultatives :

- Numéro de licence en cas de renouvellement / mutation
- Téléphone
- Email

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 :

Certificat médical à compléter par le médecin (ne pas oublier la signature et le cachet)

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

Fait le Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr atteste que ce joueur/joueuse est également autorisé(e) à participer aux compétitions des catégories d'âges nécessaires pour le classement dans le respect des règlements de la FFVB.

Fait le Signature et cachet du médecin :

Pour tous les enfants, faire la demande au médecin pour le simple surclassement (si possible). (ne pas oublier la signature et le cachet)

A compléter

INFORMATIONS ASSURANCES

..... 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).

- Je reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
- Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisit l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46 € 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'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 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.
- J'atteste ne pas avoir été licencié « Compétition VB » ou « Encadrement » dans un autre GSA lors de la saison 2014/2015.
- J'atteste ne pas avoir établi de licence « Compétition VB » pour la présente saison, pour un autre GSA.
- J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
- 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 éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

A cocher

Sélectionner le type d'assurance*

Par défaut, ces deux cases doivent être vrais sinon contacter le bureau.

NOMS, DATES ET SIGNATURES

Licencié ou Représentant légal	Le GSA	La Ligue Régionale
--------------------------------	--------	--------------------

Ne pas oublier de dater et signer

* Par défaut, la cotisation comprend l'option de base de l'assurance. Si l'adhérent ne coche pas de case, le club lui prendra cette option de base. Pour les options complémentaires, le montant est à ajouter à la cotisation.

En cas de refus, l'adhérent ne sera pas assuré et les accidents responsables devront être couverts par celui-ci.

Pour rappel, il s'agit d'une assurance **complémentaire** à l'assurance personnelle de l'adhérent : elle permet de couvrir les éventuels soins si le régime de la sécurité sociale et/ou sa mutuelle ne rembourse pas les frais liés à l'accident. En cas d'accident, l'adhérent doit contacter le club dans les 48h par mail : emassyvolley@gmail.com.