



# DOSSIER D'INSCRIPTION

## VOLLEY-BALL CLUB FRANCHEVILLE

Saison 2020 - 2021

Rendre les feuilles 2 et 3

### PIECES A FOURNIR

#### Pour tous

1. Dossier complété,
2. **Certificat médical délivré après le 11 mai 2020 (mesure COVID)**
3. Le montant total de la cotisation (Possible en 2 ou 3 chèques donnés à l'inscription)
4. Chèque de 35€ pour maillot et short personnalisables

#### Pour les jeunes (jusqu'à M17 inclus)

5. Faire compléter le certificat médical de **SIMPLE SURCLASSEMENT** sur le formulaire de licence.

#### Pour les nouveaux

6. Photocopie d'une pièce d'identité (à défaut, du livret de famille)
7. Photo au format numérique à faire lors de la remise du dossier.

### PARTIE FINANCIERE

<b>COTISATIONS</b>	(par catégorie)	<b><u>Inchangées</u></b>
Nés en 2010 et après	M11	<b>112€</b>
Nés en 2008 et 2009	M13	<b>168€</b>
Nés en 2006 et 2007	M15	<b>202€</b>
Nés en 2004 et 2005	M17	<b>223€</b>
Nés entre 2001 et 2003	M20	<b>240€</b>
Nés en 2000 et avant	Sénior	<b>251€</b>
Extension Beach		<b>10€</b>

J'aide mon club  
avec un don  
déductible à 100%  
des impôts



**Je rajoute 100€ au prix de ma licence**

Don récupérable sous forme de crédit d'impôt, grâce à un reçu fiscal (art. 200 du CGI). Est pris en compte dans le montant global de la cotisation, la part club qui, seule, peut faire l'objet d'un reçu fiscal.

**RENOUVELLEMENT : 5€ de remise sur la licence si le dossier avant le 1<sup>er</sup> Août**

**Famille nombreuse :** Deuxième licencié : - 30 €      Troisième licencié et suivant : - 40 €

### MUTATIONS

**Seniors :** Prise en charge par le club sous réserve de rester 2 années et contre un chèque de caution de 200€ daté de décembre 2020

**Jeunes à partir de M17 :** 125€ en plus de la cotisation

*Frais fédéraux sur lesquels le club ne touche rien*



### SPONSORING

*N'hésitez pas à chercher des sponsors dans votre entourage.*

*Grâce à eux, vous aidez votre club et bénéficiez d'une remise de 20% du montant de l'aide.*






FFvolley

# 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 DU GSA
<b>Licence JOUEUR</b> <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. <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  <b>Licence ENCADREMENT</b> <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE  <b>Licence VOLLEY POUR TOUS - VPT</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"/> Volley Santé <input type="checkbox"/> SNOW V.	<b>VOLLEY-BALL CLUB FRANCHEVILLE</b>  <b>NUMERO DU GSA</b> <b>0698828</b>

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

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 <input type="checkbox"/> la pratique du Snow Volley, y compris en compétition  Fait le ..... <b>Signature et cachet du Médecin :</b>	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 ..... <b>Signature et cachet du médecin :</b>

--

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). <input type="checkbox"/> Reconnaiss 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 ( <b>valorisée à 0,57€ TTC</b> ). <input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : <b>++ Option A (5,02€ TTC) ou ++ Option B (8,36€ TTC).</b> <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 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.

<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 *
---

*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.

# FORMULAIRE RENSEIGNEMENTS CLUB

NOM : ..... PRENOM : ..... Taille : XS-S-M-L-XL-XXL  
(Entourer la mention utile)

COORDONNEES : Tél. domicile : ...../...../...../...../.....

Père : ...../...../...../...../..... Mail : .....  
Profession : .....

Mère : ...../...../...../...../..... Mail : .....  
Profession : .....

Licencié : ...../...../...../...../..... Mail : .....

## AUTORISATION PARENTALE

- Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du VBC FRANCHEVILLE
- Autorise mon enfant à participer aux activités Volley-Ball du VBC FRANCHEVILLE
- M'engage à l'envoyer régulièrement aux entraînements et aux matchs de son équipe
- M'engage à accompagner l'équipe au moins une ou deux fois dans la saison
- Autorise les responsables des contrôles anti-dopage à effectuer ce contrôle sur mon enfant.
- Autorise le VBC FRANCHEVILLE à utiliser l'image de mon enfant pour la communication interne du club (site internet et groupe privé Facebook)

Fait à, le, Signature

En cas de besoin, un mineur accidenté ou malade est orienté et transporté vers le service de soins le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant tous les renseignements pour vous avertir.

Personnes à joindre en cas d'urgence : (nom / qualité / numéro)

Personne A : \_\_\_\_\_

Personne B : \_\_\_\_\_

Réduction :

**CARTE AUVERGNE-RHÔNE-ALPES** (achetée dans votre lycée) : N° \_\_\_\_\_ (obligatoire)

Les titulaires du Pass'Région bénéficient d'une réduction de 30€ à déduire sur le montant de la cotisation. Joindre néanmoins un chèque de 30€ qui sera détruit dès règlement par la Région Auvergne-Rhône-Alpes.

Récapitulatif cotisation	Catégorie : ..... montant : ..... € (-réduction avant le 1 <sup>er</sup> Août)	..... €
	Réduction famille nombreuse : -..... €	- ..... €
	Réduction Pass'Région : - 30 €	- ..... €
	Mutation :	+ ..... €
	Déduction fiscale 100 euros :	+ ..... €
	Total	= ..... €