



# DOSSIER D'INSCRIPTION

VOLLEY-BALL CLUB FRANCHEVILLE

Saison 2022-2023



MAJEUR

## FORMULAIRE RENSEIGNEMENTS CLUB

NOM : ..... PRENOM : .....

Section sportive Branly  non

Taille haut : XS-S-M-L-XL-XXL

Taille bas : XS-S-M-L-XL-XXL (Entourer la mention utile)

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

Tél. portable ...../...../...../...../..... Mail : .....

Profession : .....

M'inscris pour la saison 2022-23

Dans la catégorie :  M21  
 Sénior  
 Loisirs

**Pour les nouveaux :**  
(obligatoire)

- photocopie d'une pièce d'identité  
- photo format JPEG ou PDF à envoyer à [jpma.andre@bbox.fr](mailto:jpma.andre@bbox.fr)

## AUTORISATION

Je soussigné(e) (nom et prénom)..... ,

autorise le VBC Francheville à capter mon image et à la diffuser (photos/vidéos) dans les publications du club à des fins de promotion (affiches, portraits, réseaux sociaux, site internet etc...). Le club veillera à ce que les légendes, commentaires accompagnant ladite publication, ne portent pas atteinte à la vie privée, dignité et réputation du joueur.

Déclare être informé de la possibilité de subir un contrôle anti-dopage et de mon obligation de m'y soumettre sous peine de sanctions.

Fait à,

le,

Signature

# FORMATIONS

Etes-vous intéressé(e) par des formations sur :

La marque  oui  non

L'arbitrage  oui  non

L'entraînement  oui  non

# TARIF

Catégories		Tarif cotisation
M21	2004 – 2003 - 2002	250 €
Sénior	2001 et avant	256 €
Loisirs		135 €
Extension Beach		10 € + 20 € de maillot



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.

# REDUCTIONS

**Carte Pass'Région : N° .....** (**obligatoire**) **et code.....**

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

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

# MUTATIONS

**M21 et Seniors :** Prise en charge par le club sous réserve de rester 2 années et contre un chèque de caution de 200€ daté de décembre 2022






# 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.

<b>RECAPITULATIF</b>	Catégorie : .....	..... €
	Réduction famille nombreuse : .....	- ..... €
	Réduction Pass'Région : - 30 €	- ..... €
	Mutation :	+ ..... €
	Déduction fiscale 100 euros :	+ ..... €
	Tenue (maillot de match + short) (hors loisirs)	+ <u>35 €</u>
	<b>Total</b>	<b>= ..... €</b>

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS	NOM DUGSA
Licence COMPETITION <b>EXTENSION</b> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> OUTDOOR <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> COMPET'LIB	<h1>VOLLEY BALL CLUB FRANCHEVILLE</h1>
Licence ENCADREMENT <b>EXTENSION AVEC Certif.Médical</b> <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT <b>EXTENSION SANS CM</b> <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE	
Licence HORS COMPETITION <input type="checkbox"/> EXTENSION Volley Pour Tous	<b>NUMERO DU GSA</b>  0698828
Licence TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois Réservée aux non-licenciés, Certificat Médical obligatoire	

TYPES 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"/> RENOUVELLEMENT <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>www.ffvolley.org</b>     <b>@ffvolley</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)		
	<b>ADRESSE</b> : ..... <b>CP</b> : ..... <b>VILLE</b> : ..... <b>TEL</b> : ..... <b>PORTABLE</b> : ..... <b>EMAIL*</b> : .....		

\* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel

CERTIFICAT MEDICAL	SIMPLE SURCLASSEMENT
Je soussigné, Dr ..... atteste que M / Mme ..... présente une absence de contre-indication à :  la pratique du Volley, y compris en compétition  <b>Fait le .....</b> <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.  <b>Fait le .....</b> <b>Signature et cachet du médecin :</b>

QUESTIONNAIRES DE SANTE
<input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé FFvolley <a href="http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_2022-23.pdf">http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_2022-23.pdf</a>
<input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire Relatif à l'Etat de Santé du Sportif mineur <a href="http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_sportifs_mineurs_2022-23.pdf">http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_sportifs_mineurs_2022-23.pdf</a>

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"/> 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 0,58€ TTC). <input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : ++ <b>Option A (5,05€ TTC)</b> ou ++ <b>Option B (9,04€ TTC)</b> . <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.

<input type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, OUTDOOR, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente. <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir d'informations commerciales de la part de la FFvolley relatives à ses activités. <input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des communications et offres de la part de la FFvolley à propos de ses partenaires.
---

La Fédération Française de Volley (FFVolley - responsable du traitement) traite vos données personnelles et voire celles de vos représentants légaux dans le cadre de la gestion de votre licence (en ce y compris de votre demande de renouvellement de licence) sur la base de l'exécution de la mission d'intérêt public déléguée à la FFVolley. Vos données peuvent être communiquées aux personnes en charge au sein de la FFVolley, nos prestataires techniques, notre assureur, ainsi que le cas échéant aux organisateurs de compétitions, à la Fédération internationale de volley. La FFVolley a désigné un DPD que vous pouvez contacter par mail : [protectiondesdonnees@ffvb.org](mailto:protectiondesdonnees@ffvb.org) ou par courrier à l'attention du DPD de la FFVolley 17 rue Georges Clemenceau, 94607 Choisy le Roi Cedex. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et sur vos droits conformément au Règlement (UE) 2016/679 dit « RGPD », consultez le DPD à l'adresse électronique indiquée.

NOM, DATE ET SIGNATURE
Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

En application de la réglementation de la FFvolley, la présentation d'un certificat médical d'absence de contre-indication datant de moins de 3 saisons est exigée, sous réserve d'avoir renseigné le présent Questionnaire de Santé FFvolley et attesté que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, un certificat médical, datant de moins de 6 mois attestant l'absence de contre-indication à l'encadrement ou à la pratique du volley, y compris en compétition, est nécessaire.

Ce questionnaire de santé permet de savoir si le licencié doit fournir un certificat médical pour obtenir sa licence.

Si vous avez répondu "Non" à toutes les questions, il n'y a pas lieu de fournir un nouveau certificat médical, mais vous devrez attester sur votre formulaire de demande de licence avoir répondu négativement à toutes les questions de ce questionnaire de santé.

Si vous avez répondu "Oui" à une ou plusieurs questions, vous devrez consulter un médecin et lui présenter le présent questionnaire, afin d'obtenir un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à l'encadrement ou à la pratique du volley, y compris en compétition.

Les réponses formulées sont confidentielles et relèvent de la seule responsabilité du licencié.

QUESTIONS	OUI	NON
<b>DURANT LES 12 DERNIERS MOIS</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
<b>A CE JOUR</b>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C