



# DOSSIER D'INSCRIPTION

VOLLEY-BALL CLUB FRANCHEVILLE

Saison 2023-2024



MINEUR

## FORMULAIRE RENSEIGNEMENTS CLUB

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

Section sportive Bernardin  Branly  non

Taille haut : 8 ans-10 ans-12 ans-XS-S-M-L-XL-XXL

Taille bas : 8 ans-10 ans-12 ans-XS-S-M-L-XL-XXL (Entourer la mention utile)

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

Tél. Père : ...../...../...../...../.....

Mail : .....

Profession : .....

Tél. Mère : ...../...../...../...../.....

Mail : .....

Profession : .....

Tél. Licencié : ...../...../...../...../.....

Mail : .....

**Pour les nouveaux :**  
(obligatoire) - photocopie d'une pièce d'identité (à défaut livret de famille)  
- photo format JPEG ou PDF à envoyer à [jpma.andre@bbox.fr](mailto:jpma.andre@bbox.fr)

## AUTORISATION PARENTALE

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

agissant en tant que  mère  père  représentant légal

de l'enfant (nom et prénom).....

- autorise **oui** **non** mon enfant à adhérer au VBC Francheville et à participer aux différents entraînements, stages, compétitions, sélections, déplacements ou animations destinés à la pratique du Volley Ball.
- autorise **oui** **non** mon enfant à se déplacer dans le véhicule de toute personne accompagnant l'équipe.
- m'engage à accompagner l'équipe au moins une ou deux fois dans la saison.
- autorise **oui** **non** les responsables des contrôles anti-dopage à effectuer ce contrôle sur mon enfant.
- autorise **oui** **non** le VBC Francheville à utiliser l'image de mon enfant pour la communication interne du club (site internet, groupe privé Facebook, Instagram)
- autorise **oui** **non** le club ou son représentant à prendre les mesures médicales adéquates en cas d'accident sportif ou de la circulation (dans tous les cas, le club contactera le responsable légal de l'enfant)

Fait à,

le,

Signature

# FORMATIONS

Es-tu intéressé(e) par des formations sur :

- La marque  oui  non  
L'arbitrage  oui  non  
L'entraînement  oui  non

## TARIF

Catégories		Tarif cotisation
BABY / M7	2017 et après	100 €
M9 / M11	2013/2014 – 2015/2016	125€
M13	2011 - 2012	180 €
M15	2009 - 2010	215 €
M18	2006 - 2007 -2008	240 €
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

**Pass'Sport : Si éligible joindre le courrier justificatif**

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

## MUTATIONS

**Jeunes à partir de M18 : chèque de 120€ 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.**

### RECAPITULATIF

Catégorie : .....	..... €
Réduction famille nombreuse : -..... €	- ..... €
Réduction Pass'Région : - 30 €	- ..... €
Réduction Pass'Sport : - 50 €	- ..... €
Mutation :	+ ..... €
Déduction fiscale 100 euros :	+ ..... €
Tenue (maillot de match + short) - A partir de M13	+ <u>35 €</u>
Total	= ..... €



FFvolley

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

## SAISON 2023/2024

Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre Espace Club avant toute saisie de licence

<p><b>TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS</b></p> <p>Licence <u>COMPETITION</u>  <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</p> <p>Licence <u>ENCADREMENT</u>  <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</p> <p>Licence <u>HORS COMPETITION</u> <input type="checkbox"/> EXTENSION Volley Pour Tous</p> <p>Licence <u>TEMPORAIRE</u> <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois  Réservée aux non-licenciés, Certificat Médical obligatoire</p>	<p><b>NOM DU GSA</b></p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">VOLLEY-BALL CLUB FRANCHEVILLE</p> <hr/> <p><b>NUMERO DU GSA</b></p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">0698828</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>TYPES DE DEMANDE</b></p> <p><input type="checkbox"/> CREATION  <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT  <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE  <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE  <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE</p>	<p><b>N° DE LICENCE (si déjà licencié) :</b> ..... <b>SEXE :</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <b>TAILLE :</b> .....</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)  <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 style="text-align: right; font-size: 0.8em;">* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>CERTIFICAT MEDICAL</b></p> <p>Je soussigné, Dr .....  atteste que M / Mme .....  présente une absence de contre-indication à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la pratique du Volley, y compris en compétition</li> <li>- L'encadrement du Volley</li> </ul> <p>Fait le ..... <b>Signature et cachet du Médecin :</b></p>	<p><b>SIMPLE SURCLASSEMENT</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>Fait le ..... <b>Signature et cachet du médecin :</b></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**QUESTIONNAIRES DE SANTE**

J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé FFvolley  
[http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley\\_qs\\_sport\\_2023-24.pdf](http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_2023-24.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/FFvolley\\_qs\\_sportifs\\_mineurs\\_2023-24.pdf](http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sportifs_mineurs_2023-24.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 0,58€ TTC**).

Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :  
++**Option A (5,05€ TTC)** ou ++**Option B (9,04€ TTC)**.

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.

J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, OUTDOOR, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.

Je ne souhaite pas recevoir d'informations commerciales de la part de la FFvolley relatives à ses activités.

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 OBLIGATOIRES**

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

### QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNECOMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

*Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.*

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille  un garçon  Ton âge :  ans

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.**