



# DOSSIER D'INSCRIPTION

VOLLEY-BALL CLUB FRANCHEVILLE

Saison 2024-2025



MAJEUR

## FORMULAIRE RENSEIGNEMENTS CLUB

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

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 2024-25

Dans la catégorie :  M21  
 Sénior  
 Loisirs

**Pour les nouveaux :** - copie d'une pièce d'identité  
(obligatoire) - photo format JPEG ou PDF



A envoyer à :  
[inscription.vbcf@gmail.com](mailto:inscription.vbcf@gmail.com)

## 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	2005 – 2004 - 2003	264 €
Sénior	2002 et avant	269 €
Loisirs		150 €
Extension Beach		31 € + 20 € de maillot



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

C'est simple, et indispensable pour le fonctionnement de votre club. On compte sur vous !

**Je rajoute 100€ (ou plus) 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, ~~se~~ peut faire l'objet d'un reçu fiscal.

## REDUCTIONS

**Carte Pass'Région : N° .....** (*obligatoire*) **et code secret (4 chiffres) .....**

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 : 120 euros**






## 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 €	- ..... €
Mutation : 120 €	+ ..... €
Don ouvrant droit à déduction fiscale	+ ..... €
Tenue ( maillot+ short) ( hors loisirs)	+ <u>35 €</u>
Total	= ..... €

<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 Loisirs</p> <p>Licence <u>TEMPORAIRE</u> <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois</p>	<p><b>NOM DU GSA</b></p> <h2 style="margin: 0;">VOLLEY BALL CLUB FRANCHEVILLE</h2> <hr/> <p><b>NUMERO DU GSA</b></p> <h2 style="margin: 0;">0698828</h2>
<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"/> Etrangère <b>PAYS</b> _____ <b>Code ISO:</b> / / /</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="font-size: small; text-align: right;">* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel</p>
<p><b>www.ffvolley.org</b></p> <p>  </p> <p><b>@ffvolley</b></p>	

**SUIVI MEDICAL [OBLIGATOIRE]**

Suivi médical – Majeurs  
Pour toute licence hors Encadrement Extension Dirigeant, le soussigné atteste sur l'honneur **[cocher toutes les cases]** :  
 **(obligatoire)** avoir produit un certificat médical d'absence de contre-indication (CMNCI) à la pratique du sport datant de moins de 3 saisons,  
 **(obligatoire)** avoir répondu NON à tout le QS – FFvolley Majeurs ([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)) ;  
en cas de réponse OUI à une des questions, la production d'un CMNCI datant de moins de 6 mois est requise.

Suivi médical – Mineurs  
 **(obligatoire)** Le soussigné atteste sur l'honneur avoir répondu, conjointement avec le mineur concerné, NON à toutes les questions du questionnaire de santé QS - Sport Mineurs ([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)). En cas de réponse OUI à une des questions, la production d'un CMNCI de moins de six mois est requise.

N.B. : pour toute licence Encadrement Extension Arbitre, la production d'un examen ophtalmologique est requise.

**CONTROLE D'HONORABILITE [OBLIGATOIRE]**

J'exerce les fonctions d'éducateur sportif, de juge, d'arbitre, d'exploitant d'Etablissement d'Activités Physiques et Sportives ou suis susceptible d'intervenir auprès de mineurs au sein des articles L.212-1 et L.322-1 du code du sport. A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la FFvolley aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sein de l'article L.212-9 du code du sport soit effectué.

Pour plus d'informations : [http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/licences/FFvolley\\_Fiche\\_Pratique\\_Control\\_Honorabilite.pdf](http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/licences/FFvolley_Fiche_Pratique_Control_Honorabilite.pdf)

**(obligatoire)** J'ai compris, j'accepte ce contrôle et m'engage à ce que les informations transmises dans le cadre du présent formulaire soient exactes.

**AUTORISATION PARENTALE – PRELEVEMENT LORS D'UN CONTROLE ANTIDOPAGE**

En application des articles R.322-52 et R.232-67-18 du code du sport **(cocher l'une ou l'autre des deux cases)** :

Autorise tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang, prélèvement de phanères), lors d'un contrôle antidopage sur le licencié mineur ou le majeur protégé, et/ou consent à ce que les échantillons prélevés lors de contrôles antidopage puissent faire l'objet d'analyses génétiques et à ce que les résultats soient enregistrés dans un traitement de données à caractère personnel conformément aux modalités prévues à l'annexe II-2 (Art. R.232-67-18)

Reconnaiss être informé que l'absence d'autorisation parentale ou l'absence de consentement aux analyses génétiques susmentionnées est constitutive d'un refus de se soumettre à ce contrôle et est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires à son égard

**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).

Reconnaiss avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document et décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base **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'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, 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 dans le cadre de la gestion de votre licence sur la base de l'exécution de la mission de service public déléguée à la FFvolley. Vos données peuvent être communiquées aux personnes en charge au sein de la FFvolley, ses prestataires techniques, son assureur, ainsi que le cas échéant aux organisateurs de compétitions officielles, aux instances internationales du volley. En application des articles 39 et suivant de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de mise à jour de vos données personnelles. Si vous souhaitez exercer ce droit et/ou obtenir la communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Délégué à la Protection des Données (DPD) de la FFvolley par mail ([protectiondesdonnees@ffvb.org](mailto:protectiondesdonnees@ffvb.org)) ou par courrier au 17 rue Georges Clemenceau, 94607 Choisy le Roi Cedex.

**NOM, DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRES**

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

# A conserver par le licencié

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 inexplicée ?	<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 ?	C	C