

CADRE RESERVE V.P.G.Renouvellement : oui non

Remis le : _____

Règlement : Espèce Chèque Autre : _____**Documents rendus :**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pièce d'identité (photocopie) | <input type="checkbox"/> Certificat médical |
| <input type="checkbox"/> Dossier d'inscription | <input type="checkbox"/> Photo |

Equipe : _____

DOSSIER D'INSCRIPTION

VOLLEY PRADETAN GARDEEN

SAISON 2016 / 2017

FICHE DE RENSEIGNEMENTS DU LICENCIÉM. Mme

Nom _____ Prénom _____

Date de Naissance ____/____/____ A _____ Dpt ____

Nationalité Française Oui Non Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone domicile _____

Portable LICENCIÉ _____ ET RESPONSABLE LEGAL _____

E-mail _____@_____

Personne à prévenir en cas d'accident _____ Portable : _____

Professions des parents : Père : _____ Mère : _____

As-tu des diplômes FFVB ? Arbitre, Avec quel grade : _____ Marqueur Entraîneur, Diplôme le plus haut : _____

Souhaites-tu passer des diplômes FFVB ? (Si OUI, lequel ?) _____

 Je n'autorise pas le club à transmettre mes coordonnées Email à ses partenaires

Informations complémentaires :

- Taille de short : _____
- Taille de tee-shirt : _____
- Taille de survêtement : _____

Souhaitez-vous que le club vous édite un reçu du montant payé ? (Envoyé par e-mail)

OUI

NON

DOCUMENTS A FOURNIR

- Feuille de renseignements club dûment remplie
- Autorisation parentale signée
- Une photo d'identité avec le nom au dos.
- Certificat médical ci-joint **avec une copie pour la fédération**
- Photocopie d'une pièce d'identité *pour les nouvelles inscriptions ou mutations*
- 1 enveloppe timbrée (tarif lettre prioritaire) sans adresse.
- La cotisation à l'ordre du Volley Pradetan Gardeen (cf. tableau ci-dessous)

Ces tarifs comprennent le coût de la licence + la tenue de match qui vous appartient + une dotation du club

Date de naissance	Catégorie	Tarif licence
Né(e) en 2010 et après	Baby Volley – M7	1 ^{er} Trimestre = 50 € 2 ^{ème} Trimestre = 40€ 3 ^{ème} Trimestre = 30€
Né(e) en 08 et 09	Pupilles – M9	150 €
Né(e) en 06 et 07	Poussins (es) – M11	150 €
Né(e) en 04 et 05	Benjamins (es) - M13	150 €
Né(e) en 02 et 03	Minimes – M15	150 €
Né(e) en 00 et 01	Cadets (tes) – M17	150 €
Né(e) en 97, 98 et 99	Juniors / Espoirs – M20	180 €
Né(e) en 96 et avant	Seniors	180 €
	Loisirs / Détentes	120 € + 30€*

*Formule cotisation + tenue de match non obligatoire + dotation du club (choix d'équipe)

AUCUN JOUEUR NE SERA AUTORISE A PARTICIPER A PLUS DE 4 ENTRAINEMENTS SANS AVOIR RENDU SON DOSSIER COMPLET.

Modalités de paiements

- Licence payable en une seule fois ou en plusieurs fois (inscrire au dos les mois d'encaissement).

- **Licence payable sous forme de don**

La loi permet de déduire de ces impôts 66% des dons effectués à une association :

Licence à 180€ : 3 chèques :

- 110 € (cotisation + maillot) en septembre
- 100€ (don) remis à 66% en décembre
- 100€ (don) remis à 66% en mars

Soit 178€ pour le licencié et 120 € de don au club pouvant être déduit des impôts.

Licence à 150€ : 3 chèques :

- 80€ (cotisation + maillot) en septembre
- 100€ (don) remis à 66% en décembre
- 100€ (don) remis à 66% en mars

Soit 148€ pour le licencié et 132 € de don au club pouvant être déduit des impôts

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____ autorise ma fille, mon fils, _____ :

- à pratiquer le volley-ball au sein du club, à suivre les entraînements, les compétitions, les stages ainsi que toutes les activités et déplacements organisés par le Volley Pradetan Gardéen durant toute la saison sportive 2015/2016 ;
- à participer au goûter les jours de compétitions ou d'entraînements.

J'autorise le club (ou l'entraîneur) :

- à prendre les mesures médicales adéquates dans le cas d'un accident sportif ou de la circulation ;
- à véhiculer mon enfant pour les compétitions (minibus, véhicule de l'entraîneur ou accompagnant) ;
- à prendre des photos ou vidéos de mon enfant et de les diffuser dans le cadre du journal du club, du journal municipal, de Var Matin, de toutes publications papier ou sur Internet ;

Le club n'est pas responsable des joueurs en dehors des horaires d'entraînements et des matchs. Vous devez vous assurer de la présence de l'entraîneur de votre enfant. Toute attitude non conforme à l'éthique ou irrespectueuse envers toute personne présente, entraînera des sanctions, pouvant aller jusqu'au renvoi du licencié.

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Le certificat médical de non contre - indication du volley-ball nécessite un examen médical à la recherche d'une éventuelle contre-indication à la pratique du volley-ball.

Seul le médecin examinateur au cours de son examen est apte à décider de la nécessité de pratiquer des examens complémentaires tels qu'une épreuve d'effort, une échographie, ou autre , en fonction de l'interrogatoire et des facteurs de risque.

Le médecin s'attachera à rechercher :

- **Par l'interrogatoire :**

1. les facteurs de risques cardio-vasculaires :

Age, Sexe, Tabac, Diabète, HTA, Antécédent personnel et familial (notamment de mort subite, ou « de gros cœur »), Dyslipidémie ,Obésité,Des signes de MARFAN) .

2. Symptomatologie cardiovasculaire à l'effort : (palpitations, dyspnée, douleur, malaise, syncope, lipothymie,...)

- **La réalisation d'un électrocardiogramme (recommandée) :**

1. Dès la première licence et tous les 3 ans de 12 ans à 20 ans.
2. Tous les 5 ans de 21 à 35 ans.
3. Tous les ans après 35 ans (utiliser la fiche médicale Sénior +).

- **De réaliser un test d'évaluation cardiaque S.T.T (systolic Tension Time) pour les adultes :**

Le sujet doit effectuer la montée d'une marche de 40 cm, y mettre les deux pieds , la redescendre avec le premier pied de montée en reculant et recommencer,24 fois par minute pendant 5 minutes. On mesure la fréquence cardiaque et la pression artérielle au repos , à la fin de l'effort et à la troisième minute de récupération . ON effectue ensuite la multiplication de la fréquence cardiaque exprimée en battements par minute par la pression artérielle exprimée en millimètres de mercure.

- **Conseiller de réaliser une épreuve d'effort à partir de 40 ans chez l'homme.**

- **De réaliser une échocardiographie** selon les résultats de l'ECG , les antécédents familiaux ou devant l'existence d'un souffle organique.

- **De demander des radiographies du rachis devant la notion de douleur lombaire chez l'enfant ou l'adolescent.**

Tout joueur licencié FFVB est susceptible de subir un contrôle antidopage. En cas de traitement médical (médicaments ou suppléments nutritionnels), il y a lieu de vérifier que celui-ci ne contienne pas de molécules inscrites sur la liste des substances interdites. Des autorisations exceptionnelles d'utilisation peuvent être délivrées sous certaines conditions, en utilisant des formulaires d'autorisations à usage thérapeutique (AUT).

La liste des substances interdites et les formulaires d'AUT sont consultables sur le site www.aflid.fr.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club



FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2016-2017

TYPE DE LICENCE	NOM DU GSA
<input type="checkbox"/> COMPETITION VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> COMPETITION BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> ENCADREMENT <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> COMPET LIB <input type="checkbox"/> VOLLEY POUR TOUS	
	NUMERO DU GSA

TYPE DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) : SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE	NOM : PRENOM :
	TAILLE : DATE DE NAISSANCE :/...../.....
	NATIONALITE : <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)
	ADRESSE :
	CODE POSTAL : VILLE :
	TEL : PORTABLE :
	EMAIL :

www.ffvb.org



@FFVolleyball

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 Assis, y compris en compétition Fait le Signature et cachet du Médecin :	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 FFVB. Fait le Signature et cachet du médecin :

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 indivi- duelle 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 0,46 € TTC). <input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : ++ Option A (5,02 € TTC) ou ++ Option B (8,36 € TTC) . <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 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.

<input type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié « Compétition VB » ou « Compétition Beach » ou « Encadrement » dans un autre GSA lors de la saison 2015/2016. <input type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir établi de licence « Compétition VB » ou « Compétition Beach » pour la présente saison, pour un autre GSA. <input type="checkbox"/> J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball. <input type="checkbox"/> J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires * <i>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 com- munication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA</i>

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

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2016/2017

Résumé des contrats GENERALI n°AL910966 et EUROP Assistance n°58631941

Les contrats sont consultables sur le site de la FFVB : http://www.ffvb.org/front/142-37-1-L_assurance

Vous êtes licencié à la FFVB :

1/ Garantie Responsabilité Civile obligatoire : Incluse dans la licence. Elle vous assure pendant la pratique de votre sport FFVB contre les conséquences financières des dommages corporels et matériels que vous causez à des tiers.

2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :

La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.

Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules d'assurance:

- Une garantie « Accident Corporel de base »
- Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre et dans la notice d'information GENERALI référencée FFVB-07/2012 présentée à l'adhérent par son GSA avant signature du présent formulaire.

Garantie Accident Corporel de base (0,46 € TTC)

Nature de la garantie	Plafonds de garantie
Décès	6.100 € par personne
Invalidité permanente	12.200 € par personne x taux d'invalidité
Indemnité journalière en cas d'hospitalisation	15 € par jour à compter du 1er jour d'hospitalisation avec limitation à 150 jours par accident
Frais de traitement (*)	100% du tarif de convention de la sécurité sociale
Dépassements d'honoraires (*)	majoration de 25 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Bris de lunettes au cours d'activités garanties (trajet exclu) (*)	200 € par sinistre (verre + monture),
Perte ou bris de lentilles non jetables (*)	100 € par lentille
Dent fracturée (*)	150 € par dent
Bris de prothèse (3 dents et plus) (*)	150 € par dent
Premier appareillage non pris en charge par la Sécurité Sociale	80 € par victime et par accident

(*) En complément des prestations servies par la Sécurité Sociale et les mutuelles complémentaires, dans la limite des frais réels.

Assistance rapatriement Prestations délivrées par EUROP Assistance- contrat n°58631941 appelez le +33.(0)1.41.85.92.18	Rapatriement : frais réels Frais médicaux à l'étranger (*) : 152.500 €
--	---

OPTIONS A et B COMPLEMENTAIRES à la garantie de base :

Les options vous permettent d'améliorer votre couverture d'assurance et ainsi d'être encore mieux protégé lors de la pratique de votre sport. Les montants indiqués dans le tableau s'ajoutent aux montants de la garantie de base.

NATURE DES DOMMAGES	OPTION A 5,02 € TTC	OPTION B 8,36 € TTC
Décès	10.000 €	20.000 €
Invalidité permanente totale	10.000 €	20.000 €
Invalidité permanente partielle	10.000 € x taux d'invalidité	20.000 € x taux d'invalidité
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365ème jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures aux garanties de base, elles ne permettent pas, dans tous les cas, d'obtenir la réparation intégrale du préjudice. Le licencié est invité à se rapprocher de son conseil en assurances qui pourra lui proposer des garanties adaptées à sa situation personnelle.

MODALITES DE CONCLUSION DU CONTRAT

Pour souscrire l'une des options « Accident Corporel », il vous suffit de cocher dans le pavé « Assurances » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquiescer avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

VIE DU CONTRAT D'ASSURANCE :

Le contrat se compose du présent formulaire de demande de licence et de la notice d'information référencée FFVB-07/2012 et ses annexes dont le licencié reconnaît avoir pris connaissance.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES/ DUREE :

La garantie prend effet le jour de l'enregistrement de la licence auprès de la FFVB et du règlement de la prime correspondante.

Elle prend fin le jour où ma licence FFVB pour la saison en cours n'est plus valide.

ASSUREUR : GENERALI IARD, SA au capital de 59.493.775 €, Entreprise régie par le code des assurances – 7 Bd Haussmann 75456 PARIS Cedex 09 – RCS PARIS 552062663 - Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026. Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par la Loi Française.

La langue des relations précontractuelles et contractuelles est le français.

MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS

En cas de désaccord, vous pouvez adresser une réclamation écrite avec le motif du litige et les références du dossier à : GENERALI – SERVICE RECLAMATIONS – 7, Boulevard Haussmann – 75456- PARIS Cedex 09

Si vous avez adhéré au présent contrat en utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance et à des fins n'entrant pas dans le cadre de votre activité commerciale ou professionnelle, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires à compter du jour de la conclusion du contrat (réputé être la date d'effet des garanties mentionnée dans le bulletin d'adhésion) pour y renoncer sans justifier de motifs ni supporter de pénalités. Ce droit ne s'applique pas si vous avez déclaré un sinistre mettant en jeu les garanties.

Dans ce cas, pour renoncer au contrat, adressez une lettre recommandée avec accusé de réception, rédigée suivant le modèle ci-dessous à l'adresse : AIAC – 14 rue de Clichy – 75311 Paris Cedex 9

Je soussigné _____, renonce par la présente à l'adhésion au contrat d'assurance Individuelle Accident n° AL910966 que j'avais souscrit à distance le _____.

Fait à _____, le _____, SIGNATURE»
Les garanties cessent à la date de réception de la renonciation. Le cas échéant, les cotisations déjà versées me seront remboursées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie écoulée.

Fait à _____, le _____
Signature du licencié :

INFORMATION

Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription ou en cas de sinistre, contactez:

AIAC courtage, 14 rue de Clichy, 75009 Paris
N° VERT : 0 800 886 486

QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT?

Remplissez le formulaire de déclaration d'accident que vous trouverez en ligne sur le site internet de la FFVB (rubrique assurances).

Pour faire appel à EUROP ASSISTANCE: appelez le +33.(0)1.41.85.92.18. Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable d'Europ Assistance.

