

Pièces à fournir pour la licence

- 1 photocopie de la pièce d'identité ou du livret de famille (uniquement pour une première adhésion)
- 1 fiche de renseignement (dans le pack) avec autorisation parentale, pour les mineurs et "droit à l'image"
- 1 photo d'identité (la plus petite possible) avec le nom inscrit au dos
- 1 Formulaire de demande de licence FFVB (dans le pack) avec certificat médical pour licencié jusqu'à 35 ans inclus
- 1 Certificat médical spécifique pour les +35 ans (dans le pack)
- 1 règlement du montant de la saison en cours à l'ordre d'ASCR Volley Ball pour les chèques

Tarif pour la saison 2014-2015 :

Suite au vote lors de la dernière assemblée générale, le montant des cotisations reste inchangée pour la troisième année consécutive soit :

40 € pour les jeunes

65 € pour les adultes et/ou participant au championnat « compet'lib »

85 € pour ceux intégrant un niveau départemental ou supérieur



FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE SAISON 2014/2015

FFVB – 17 rue Georges Clemenceau – 94607 CHOISY LE ROI Cedex
Tel : +33(0)1.58.42.22.22 – Fax : +33(0)1.58.42.22.32 – Courriel : ffvb@ffvb.org

TYPE DE DEMANDE DE LICENCE <input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE	TYPE DE LICENCE <input type="checkbox"/> COMPETITION VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> ENCADREMENT <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> COMPETITION BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> COMPET'LIB	N° GROUPEMENT SPORTIF 0862445
<i>Un seul type de licence par formulaire</i>		DATE D'ARRIVEE LIGUE _____ FFVB _____

DATE DE NAISSANCE	N° LICENCE
_____	_____
CIVILITE	
<input type="checkbox"/> MONSIEUR	<input type="checkbox"/> MADAME

NATIONALITE	
<input type="checkbox"/> Française	<input type="checkbox"/> Etrangère (ETR UE / ETR)
<input type="checkbox"/> AFR – Assimilée Française	<input type="checkbox"/> Etrangère FIVB (UE / hors UE)
<input type="checkbox"/> UE – Régionale (UE)	<input type="checkbox"/> Etrangère Régionale (hors UE)

NOM	_____
PRENOM	_____
TEL	_____
Portable	_____
Courriel	_____
<input type="checkbox"/> J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le volley-ball. <input type="checkbox"/> Je souhaite recevoir l'organe de diffusion des informations de la FFVB (courriel ou courrier)	

Adresse	_____
CP+Ville	_____
<input checked="" type="checkbox"/> Je n'autorise pas la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires <small>Loi Informatique et Libertés - Les informations recueillies dans le présent document sont nécessaires au traitement de votre adhésion. Conformément à la Loi 78-17 du 06/01/1978, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant qui figurerait dans tout fichier à usage de la Compagnie, ses mandataires, réassureurs, et organismes professionnels ainsi que ceux des intermédiaires. Ce droit peut être exercé auprès de votre club.</small>	
<input checked="" type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié « Compétition VB » ou « Encadrement » dans un autre Groupement Sportif français lors de la saison 2013/2014 <input checked="" type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir établi de licence compétition VB pour la présente saison, pour un autre Groupement Sportif français ou étranger.	

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2014/2015

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** : Induse dans la licence. Elle vous assure pendant la pratique de votre sport FFVB contre les conséquences financières des dommages corporels et matériels que vous pourriez causer à des tiers.

2/ **Garanties Accident Corporel non obligatoire** :

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

Dans ce cadre, la FFVB vous propose trois formules d'assurance :

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

dont vous trouverez le détail ci-après 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
Invalité 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 €
Invalité permanente totale	10.000 €	20.000 €
Invalité 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 » ci-après la case correspondante et d'acquiescer avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

Paraphe :



SAISON 2014/2015

FFVB – 17 rue Georges Clemenceau – 94607 CHOISY LE ROI Cedex
Tel : +33(0)1.58.42.22.22 – Fax : +33(0)1.58.42.22.32 – Courriel : ffvb@ffvb.org

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2014/2015

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



VIE DU CONTRAT D'ASSURANCE :

Le contrat se compose du présent formulaire de demande de licence et de la notice d'information référencée FFVB-072012 et ses annexes dont je reconnais 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 Tailbout - 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.

Les informations figurant dans le présent bulletin d'adhésion sont valables jusqu'au 30/06/2013.

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 »), et adressez le dans les 5 jours à AIAC Courtage, 14 rue de Clichy, 75311 Paris Cedex 09.

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

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

A - Joueurs Français, Etrangers Régionaux (ETR-REG, UE-REG) et Assimilés Français (AFR) :

1. Saisissez sur Internet – www.ffvb.org la création ou le renouvellement de licence,
2. Envoyez l'original de ce formulaire dûment rempli à votre Ligue régionale.

B - Joueurs Etrangers Sans Transfert (ETR) et Etrangers Protégés (ETR.FIVB) :

- Envoyez l'original de ce formulaire dûment complété à la FFVB.

C - Ce formulaire doit être complété très lisiblement.

Nous rappelons aux Présidents des Groupements Sportifs Affiliés qu'ils doivent signer cette demande conjointement avec le demandeur, que le fait d'adresser l'original de ce formulaire à la Ligue Régionale signifie que le Groupement Sportif Affilié est en possession de toutes les pièces réglementaires pour l'obtention d'une licence :

- a) Justificatif d'identité (copie à joindre pour une création ou une mutation)
- b) Certificat de non contre-indication à la pratique du Volley-Ball ou Beach Volley, y compris en compétition et surclassement s'il y a lieu pour les joueurs (à joindre avec la demande de licence si celui-ci n'est pas complété sur le présent formulaire),
- c) Autorisation parentale si le demandeur est mineur
- d) Autorisation parentale pour toute forme de contrôle antidopage.

ASSURANCES

Je soussigné(e) atteste avoir été informé(e) des risques liés à la pratique du volley-ball et des disciplines associées, 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) :

Je décide de souscrire au contrat collectif Accident Corporel et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,46 € TTC).

Je décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :

Option A (5,02 € TTC) ou Option B (8,36 € TTC)

Je décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel ». 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 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.

CERTIFICAT MEDICAL

(Pour la licence « Encadrement » ou pour les « Seniors +35 ans »
utiliser le certificat médical spécifique)

Je soussigné, Dr _____

atteste que (Nom, Prénom du licencié) _____

né(e) le ____ / ____ / ____

ne présente aucune contre-indication à :

- la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
 Du Beach Volley, y compris en compétition

Fait le : _____ Signature et cachet du médecin examinateur :

SIMPLE SURCLASSEMENT

Je soussigné, Dr _____ atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âge nécessitant un simple surclassement (uniquement dans les conditions fixées par les Règlements Fédéraux).

Fait le : _____ Signature et cachet du médecin examinateur :

Le présent certificat, valable 1 an sauf maladie intercurrente ou accident est remis en mains propres à l'intéressé(e) ou son tuteur légal, lequel a été informé (e) des risques en cas de fausse déclaration lors de l'interrogatoire, pour faire valoir ce que de droit.

DATE ET SIGNATURE DU LICENCIÉ
OU DE SON REPRESENTANT LEGAL POUR LES MINEURS

Date :

Signature :

RESERVE AU GROUPEMENT SPORTIF

Nom du Signataire : **Garnier Franck / Bernard**

Date :

Signature et cachet :

RESERVE A LA LIGUE REGIONALE

Nom du Signataire :

Date :

Signature et cachet :



A REMETTRE AU MEDECIN EXAMINATEUR LORS DE L'ETABLISSEMENT DU CERTIFICAT MEDICAL

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

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 :**
 3. 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).
 4. 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.**

ANTIDOPAGE

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.afld.fr.

CATEGORIES D'AGES 2014/2015

Catégories d'âge	Né(e) en	Fiche médicale et éventuellement surclassement pour pouvoir jouer dans les championnats des catégories ci-dessous :								
		M7	M9	M11	M13	M15	M17	M20	Seniors	
M7 Masculins et Féminins	2008 et après	Fiche A	Interdit	interdit	interdit	interdit	interdit	interdit	interdit	interdit
M9 Masculins et Féminins	2006 et 2007		Fiche A	Fiche A	Fiche A + Simple Surclassement	interdit	interdit	interdit	interdit	interdit
M11 Masculins et Féminins	2004 et 2005			Fiche A	Fiche A	interdit	interdit	interdit	interdit	interdit
M13 Masculins et Féminins	2002 et 2003				Fiche A	Fiche A + Simple Surclassement	interdit	interdit	interdit	interdit
M15 Masculins et Féminins	2000 et 2001					Fiche A	Fiche A + Simple Surclassement	Championnats départementaux : Fiche A + Simple Surclassement Championnats régionaux et nationaux : Fiche B	Fiche C – Selon les dispositions du Règlement Médical	
M17 Masculins	1998 et 1999						Fiche A	Fiche A	Championnats départementaux : Fiche A + Simple Surclassement Championnats régionaux et nationaux : Fiche B	
M17 Féminins							Fiche A	Fiche A	Fiche A + Simple Surclassement	
M20 Masculins	1995/1996 et 1997							Fiche A	Fiche A + Simple Surclassement	
M20 Féminins								Fiche A	Fiche A	
Seniors Masculins et Féminins	1994 et Avant								Fiche A ou Fiche Seniors + pour les + 35 ans	

Fiche A /Fiche Seniors + = Certificat d'aptitude au sport,
Fiches B et C = Certificats spéciaux pour obtenir un double ou triple-surclassement (consultez votre club pour plus d'informations)

ASCVRB



Quelques renseignements sur le futur licencié:

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal _____ Ville : _____
Téléphone(s) : _____ / _____ / _____
Adresse(s) mail : _____ @ _____ / _____ @ _____
Taille en cm du joueur : _____ cm

Concernant le tuteur, parent, responsable ... dans le cas d'un licencié mineur :

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal _____ Ville : _____
Téléphone(s) : _____ / _____ / _____
Adresse(s) mail : _____ @ _____ / _____ @ _____

Merci de cocher les

- J'autorise mon enfant mineur à participer aux activités proposées par l'ASCR Volley Ball, et autorise, également, les responsables à prendre toute décisions en cas d'urgence.
- Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité de souscrire une garantie corporelle renforcée «individuelle Accident sport+» permettant de bénéficier de capitaux plus élevés et de prestations supplémentaires. (L'ASCR VB a souscrit une assurance pour les risques d'une collectivité auprès de la MAIF)
- Le club peut avoir l'occasion de prendre des photos du futur licencié pendant un entraînement, un match ou toute autre activité. Ces photos peuvent être utilisées par la suite pour étoffer notre site internet, le bulletin municipal ou autres presse locale. Futur licencié, ou tuteur nommé plus haut, merci d'accepter la diffusion.

Signature

Le _____

CERTIFICAT à faire remplir par un Docteur en médecine.

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'un ECG, 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 si nécessaire :**

- **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.

- **Une épreuve d'effort conseillée à partir de 40 ans chez l'homme et 50 chez la femme.**

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

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.a fld.fr.