

DOSSIER D'INSCRIPTION - SENIORS COMPETITION - 2024/2025

NOM : PRÉNOM : NÉ(E) LE : / /
ADRESSE : VILLE : CODE POSTAL :
TEL (06) :

DOCUMENTS À FOURNIR **POUR TOUT LE MONDE**

DOCUMENTS À FOURNIR **POUR LES NOUVEAUX**

Cette fiche d'adhésion
remplie / datée / signée

Fiche licence FFVB

Certificat Medical
*A remplir sur la fiche Licence
FFVB*

CNI (*recto / verso*)
+
Photo d'identité

MONTANTS DES COTISATIONS & MODES DE REGLEMENT

	VELIZIENS	NON-VELIZIENS	<input type="checkbox"/>	Chèque(s) <i>(4 maximum)</i>	<input type="checkbox"/>	CB en ligne <i>(lien ci-dessous)</i>
COTISATION	210 €	240 €				
EQUIPEMENT (<i>maillot/short</i>) <i>(pour les nouveaux uniquement)</i>	55 €	55 €	<input type="checkbox"/>	Espèces	<input type="checkbox"/>	Coupon Sport

Vélizien : adhérent ou employeur (*justificatif*) domicilié à Vélizy

- ❖ **Chèque(s)** : à l'ordre de « ASVV » (*encaissements : septembre, octobre, novembre, décembre*).
- ❖ **En CB** : sur le site <http://bit.ly/ASVV24-25>
- ❖ **Chômeur & retraité** : cotisation à 115€ (*joindre justificatif*)
- ❖ **Réductions famille** : 2 adhérents -15€ / 3 adhérents -30€ / 4 adhérents gratuité de la cotisation la plus basse.

RECHERCHE SPONSORING & PARTENAIRES

L'ASVV est en constant développement et recherche des partenaires, financiers ou matériels, capables de nous accompagner. Si vous êtes intéressés ou que vous souhaitez nous mettre en contact, n'hésitez pas !

Nous aider c'est aussi bénéficier de **réduction d'impôt** : **60% pour les entreprises & 66% pour les particuliers**

Entreprise : Contact (nom/prénom) :

Téléphone :

Date : / /

Signature OBLIGATOIRE
de l'adhérent

En m'inscrivant à l'ASVV, je reconnais adhérer sans réserve aux statuts et règlement intérieur du club et accepte d'être pris en photo dans le cadre des activités et pour la promotion de celui-ci.

En cas de désaccord, j'en informerai par écrit le club afin qu'aucune photo sur laquelle je figure ne soit publiée.

Je souhaite un **reçu de ma cotisation** pour mon comité d'entreprise ou pour le chèque associatif

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS Licence COMPETITION EXTENSION <input checked="" type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input checked="" type="checkbox"/> OUTDOOR <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> COMPET'LIB Licence ENCADREMENT EXTENSION AVEC Certif.Médical <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT EXTENSION SANS CM <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE Licence HORS COMPETITION <input type="checkbox"/> EXTENSION Loisirs Licence TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois	NOM DU GSA <h2 style="margin: 0;">AS VOLLEY BALL VELIZY</h2> NUMERO DU GSA <h2 style="margin: 0;">0784696</h2>
---	---

TYPES DE DEMANDE <input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) : SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M TAILLE : NOM D'USAGE : PRENOM : NOM DE NAISSANCE : DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE : NATIONALITE : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère PAYS _____ Code ISO: /_/_/_/_/ ADRESSE : CP : VILLE : TEL : PORTABLE : EMAIL* : <small>* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel</small>
---	--

www.ffvolley.org





@ffvolley

SUIVI MEDICAL [OBLIGATOIRE] ** A REMPLIR OBLIGATOIREMENT **

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_2024-25.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_2024-25.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] ** A REMPLIR OBLIGATOIREMENT **

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

(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 [OBLIGATOIRE]

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 ** A REMPLIR OBLIGATOIREMENT **

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'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 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) ou par courrier au 17 rue Georges Clemenceau, 94607 Choisy le Roi Cedex.

NOM, DATE ET SIGNATURE [OBLIGATOIRES] ** A REMPLIR OBLIGATOIREMENT **

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2024/2025

Les contrats sont consultables sur le site de la FFvolley : <http://www.ffvb.org/la-ffvb/l-assurance/>

RESPONSABILITE CIVILE : votre licence comporte une garantie d'assurance Responsabilité Civile obligatoire (L321-1 code du sport).

Ce contrat d'assurance vous couvre pendant la pratique sportive autorisée par votre licence FFvolley. Il vous assure contre les conséquences financières des dommages corporels et matériels que vous causez à des tiers. Le contrat d'assurance Responsabilité Civile porte le numéro 3087988J. Il est souscrit auprès de la MAIF, société d'assurance mutuelle à cotisation variables, CS 90000- 79038 Niort cedex 9. La notice d'information détaillée peut être consultée ou téléchargée depuis le site internet de la FFvolley, rubrique « assurance ».

Les formules « accident corporel » sont proposées par la MAIF, société d'assurance mutuelle à cotisation variables, CS 90000- 79038 Niort cedex 9.

Les contrats d'assurances ont été souscrit par l'intermédiaire d'aia courtage, Société de Courtage d'Assurances selon le b) de l'article L520-1 du code des assurances - S.A.S au capital de 306.000 € - SIREN 784 199 291 - RCS PARIS - N° immatriculation ORIAS 07 005 935- Service réclamation : 14 rue de Clichy-75009 PARIS - reclamation@aiaac.fr - soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest, CS92459, 75436 Paris cedex 09.

INDIVIDUELLE ACCIDENT : La FFvolley 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 FFvolley propose à ses licenciés trois formules facultatives d'assurance « Accident Corporel » : base, option A et option B.

Ces formules vous couvrent pendant la pratique sportive autorisée par votre licence FFvolley. Elles sont présentées ci-dessous et dans la notice d'information réalisée par la MAIF et consultable sur le site internet de la FFvolley à la rubrique assurances. Votre GSA vous en a remis un exemplaire.

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 par conséquent 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.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES/ DUREE :

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

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

Garantie Accident Corporel de base (0,58 € TTC)

	LICENCIES FFvolley	Franchise
DECES	10 000 €	Néant
FRAIS D'OBSÈQUES	5 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE	L'indemnité est calculée en multipliant le taux d'invalidité (IPP), déterminé lors de la consolidation de l'assuré, par le capital défini ci-dessous.	Néant
IPP <30%	20 000 €	
30% <= IPP <66%	50 000 €	
66% <= IPP <=100%	100 000 € (versé à 100% si tierce personne)	
FRAIS DE TRAITEMENT (1)	125 % de la base de remboursement Sécurité Sociale	Néant
BONUS SANTE	Au-delà des prestations de base ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « BONUS SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1.500 €. Ce Bonus Santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstruit en cas d'accident ultérieur. L'assuré pourra disposer de ce Bonus pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge : <ul style="list-style-type: none"> dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux, prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale, soins dentaires et optiques, en cas d'hospitalisation : la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) // si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet, frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.	Néant
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100 %	Néant
INDEMNITE HOSPITALISATION	15 €/jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation (dans la limite de 150 jours)	Néant
SOINS DENTAIRES ET PROTHESES	150 € par dent	Néant
APPAREIL ORTHODONTIQUE	80 € par accident	Néant
OPTIQUE	Lunettes : 200 € par accident (verre + monture) Lentilles non jetables : 100 € par lentille	Néant
FRAIS DE TRANSPORT		Néant
Frais de 1 ^{er} transport	100 %	
Transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	160€ par accident	

(1) Les Assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.

OPTIONS COMPLEMENTAIRES A et B : Tout licencié de la FF Volley peut souscrire à titre individuel, à des garanties complémentaires en cas de dommage corporel suite à un accident de sport en sus des garanties de base.

Le complément de cotisation est perçu avec l'adhésion à la licence.

GARANTIES COMPLEMENTAIRES	OPTION A 5,05€	OPTION B 9,04€	FRANCHISE
DECES	10 000 €	20 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE TOTALE	10 000 €	20 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE	10 000 € x taux d'invalidité	20 000 € x taux d'invalidité	Néant
GARANTIE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE TRAITEMENT (1)	500 € / accident	500 € / accident	Néant
INDEMNITES JOURNALIERES (2)		30 € par jour (maximum : 365 jours)	10 jours

(2) Lorsque l'assuré a été en incapacité temporaire totale de travail suite à un accident, la MAIF verse une indemnité à concurrence du montant indiqué au tableau ci-dessus :
- dans la limite de la perte de revenus réelle : pertes de salaire, prime et autre manque à gagner, sur présentation de justificatifs et sous déduction des indemnités versées par le(s) régime(s) de prévoyance et de celles attribuées au titre de la loi sur la mensualisation et de la convention collective applicable,
- après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise, fixée à 10 jours,
- pendant au maximum 365 jours.
L'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de l'assuré.

(1) Cette garantie intervient en complément de la garantie de base, sur justificatifs, pour tous types de traitement engagés par l'assuré et médicalement prescrits, en complément ou non de la Sécurité Sociale.

INFORMATION SUR LES CONTRATS : 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 : 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 FFvolley (rubrique assurances).

Pour faire appel à MAIF ASSISTANCE 7/24: appelez depuis l'étranger le +33.5.49.77.47.78 - depuis la France : 0800.875.875
contrat MAIF n° 3087988J - Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable de MAIF Assistance.

CERTIFICAT à faire remplir par un Docteur en Médecine

Ce certificat médical nécessite un examen médical à la recherche d'une éventuelle contre-indication à la pratique du volley.

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 :

1.- Par l'interrogatoire :

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

2.- La réalisation d'un électrocardiogramme est recommandée dès la première licence et tous les 3 ans entre 12 ans et 20 ans, puis tous les 5 ans entre 21 et 35 ans

3.- La réalisation d'un test d'effort est recommandée tous les 3 ans après 35 ans

4.- Une échocardiographie peut être réalisée selon les résultats de l'ECG, les antécédents familiaux ou devant l'existence d'un souffle organique.

5.- La réalisation de radiographies du rachis peut être demandée devant la notion de douleur lombaire chez l'enfant ou l'adolescent.

Tout joueur licencié FFVolley 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.