

Tuto formulaire de demande de licence

Pour les mineurs (de M9 à M18)



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

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS Licence COMPETITION EXTENSION <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> OUTDOOR <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> COMPETLIB 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 Volley Pour Tous Licence TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois Réserve aux non-licenciés, Certificat Médical obligatoire		NOM DU GSA NUMERO DU GSA
TYPES DE DEMANDE <input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUVELLEMENT <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"/> 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 : CP : VILLE : TEL : PORTABLE : EMAIL* : <small>* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel</small>	
CERTIFICAT MEDICAL Je soussigné, Dr atteste que M / Mme présente une absence de contre-indication à : - la pratique du Volley, y compris en compétition - L'encadrement du Volley Fait le Signature et cachet du Médecin :	SIMPLE SURCLASSEMENT 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 FFvolley. Fait le Signature et cachet du médecin :	
QUESTIONNAIRES DE SANTE <input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé FFvolley http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_gs_sport_2023-24.pdf <input type="checkbox"/> 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_gs_sport_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). <input type="checkbox"/> Reconnaiss avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document. <input type="checkbox"/> Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisit l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,58€ TTC). <input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : ++Option A (5,05€ TTC) ou ++Option B (9,04€ TTC). <input type="checkbox"/> Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquiesce 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.		
<input type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, OUTDOOR, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente. <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir d'informations commerciales de la part de la FFvolley relatives à ses activités. <input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des communications et offres de la part de la FFvolley à propos de ses partenaires.		
NOM, DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRES Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.		

1/Cocher Extension VOLLEY BALL

2/Cocher
Création ou Renouvellement

4/ Partie MEDICAL

Les mineurs n'ont pas besoin de faire un certificat médical

Il est cependant obligatoire de répondre à toutes les questions du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur (disponible sur le site du club), et cocher la case qui atteste que le questionnaire a bien été complété.

Si l'une des réponses aux questions est "oui" il faudra obligatoirement un certificat médical d'un médecin.

5/ Compléter la partie INFORMATIONS ASSURANCES

Attention de bien lire, mettre son nom et prénom après Je soussigné. La première coche est obligatoire, ainsi que l'une des trois autres. Toutes les informations sur les assurance sont au verso du formulaire.

A noter que l'option "Assurance de base" est prise en charge par le club.

3/Renseigner la partie sur les informations personnelles du jeune. Pas d'obligation de remplir le numéro de licence, à mettre si vous le connaissez c'est mieux. Attention de ne pas oublier la taille.

4/ Partie MEDICAL

En cas de demande de surclassement sur demande de l'entraîneur, un certificat médical émis par un médecin est obligatoire. Le médecin peut directement compléter le formulaire. Sinon il existe un formulaire spécifique avec une partie pour le surclassement.

6/Répondre aux questions en cochant ou non les cases.

7/Mettre votre signature et la date (du parent ou représentant légal) Attention c'est obligatoire, le document sera refusé en cas d'absence de signature.

Tuto formulaire de demande de licence

Pour les adultes qui jouent en compétition



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>TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS</p> <p>Licence COMPETITION EXTENSION <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> OUTDOOR <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> COMPETLIB</p> <p>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</p> <p>Licence HORS COMPETITION <input type="checkbox"/> EXTENSION Volley Pour Tous</p> <p>Licence TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois Réservée aux non-licenciés, Certificat Médical obligatoire</p>	<p>NOM DU GSA</p> <p>.....</p> <p>NUMERO DU GSA</p> <p>.....</p>
<p>TYPES DE DEMANDE</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>www.ffvolley.org</p> <p> @ffvolley</p>	<p>N° DE LICENCE (si déjà licencié) : SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M TAILLE :</p> <p>NOM D'USAGE :</p> <p>PRENOM :</p> <p>NOM DE NAISSANCE :</p> <p>DATE DE NAISSANCE :</p> <p>LIEU DE NAISSANCE :</p> <p>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)</p> <p>ADRESSE :</p> <p>CP : VILLE :</p> <p>TEL : PORTABLE :</p> <p>EMAIL* :</p> <p style="font-size: small; text-align: center;">*L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel</p>
<p>CERTIFICAT MEDICAL</p> <p>Je soussigné, Dr atteste que M / Mme présente une absence de contre-indication à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la pratique du Volley, y compris en compétition - L'encadrement du Volley <p>Fait le Signature et cachet du Médecin :</p>	<p>SIMPLE SURCLASSEMENT</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 sur- classement dans le respect des règlements de la FFvolley.</p> <p>Fait le Signature et cachet du médecin :</p>
<p>QUESTIONNAIRES DE SANTE</p> <p><input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé FFvolley http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_gs_sport_2023-24.pdf</p> <p><input type="checkbox"/> 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_gs_sport_sportifs_mineurs_2023-24.pdf</p>	
<p>INFORMATIONS ASSURANCES</p> <p>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).</p> <p><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 0,58€ TTC). <input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : ++Option A (5,05€ TTC) ou ++Option B (9,04€ TTC).</p> <p><input type="checkbox"/> Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquiesce 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.</p>	
<p><input type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, OUTDOOR, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.</p> <p><input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir d'informations commerciales de la part de la FFvolley relatives à ses activités.</p> <p><input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des communications et offres de la part de la FFvolley à propos de ses partenaires.</p> <p style="font-size: x-small;">La Fédération Française de Volley (FFVolley - responsable du traitement) traite vos données personnelles et votre 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 : gdpr@ffvolley.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.</p>	
<p>NOM, DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRES</p> <p>Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

1/Cocher Extension VOLLEY BALL

2/Cocher
Création ou Renouvellement

4/ Il est obligatoire de faire un certificat médical qui sera valable ensuite 3 ans.
Si renouvellement de licence pendant cette période, il sera juste demandé de répondre à un questionnaire de santé et cocher la case ici.

En cas de nécessité de faire un certificat médical, le médecin peut remplir directement la partie **CERTIFICAT MÉDICAL**.

5/ Compléter la partie **INFORMATIONS ASSURANCES**

Attention de bien lire, mettre son nom et prénom après Je soussigné. La première coche est obligatoire, ainsi que l'une des trois autres. Toutes les informations sur les assurance sont au verso du formulaire.
A noter que l'option "Assurance de base" est prise en charge par le club.

3/Renseigner la partie sur les informations personnelles du jeune. Pas d'obligation de remplir le numéro de licence, à mettre si vous le connaissez c'est mieux.
Attention de ne pas oublier la taille.

6/Répondre aux questions en cochant ou non les cases.

7/Mettre votre signature et la date
Attention c'est obligatoire, le document sera refusé en cas d'absence de signature.

Tuto formulaire de demande de licence

Pour les loisirs adultes



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

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS Licence COMPETITION EXTENSION <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> OUTDOOR <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> COMPETLIB 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 checked="" type="checkbox"/> EXTENSION Volley Pour Tous Licence TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois Réserve aux non-licenciés, Certificat Médical obligatoire		NOM DU GSA NUMERO DU GSA
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"/> 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 : CP : VILLE : TEL : PORTABLE : EMAIL* : <small>*L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel</small>	
CERTIFICAT MEDICAL Je soussigné, Dr atteste que M / Mme présente une absence de contre-indication à : - la pratique du Volley, y compris en compétition - L'encadrement du Volley Fait le Signature et cachet du Médecin :	SIMPLE SURCLASSEMENT 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 FFvolley. Fait le Signature et cachet du médecin :	
QUESTIONNAIRES DE SANTE <input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé FFvolley <small>http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_gs_sport_2023-24.pdf</small> <input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire Relatif à l'Etat de Santé du Sportif mineur <small>http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_gs_sportif_mineurs_2023-24.pdf</small>		
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). <input type="checkbox"/> Reconnaiss avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document. <input type="checkbox"/> Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisit l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,58€ TTC). <input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : ++Option A (5,05€ TTC) ou ++Option B (9,04€ TTC). <input type="checkbox"/> 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.		
<input type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, OUTDOOR, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente. <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir d'informations commerciales de la part de la FFvolley relatives à ses activités. <input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des communications et offres de la part de la FFvolley à propos de ses partenaires. <small>La Fédération Française de Volley (FFVolley - responsable du traitement) traite vos données personnelles et votre 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 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 : gdpr@ffvolley.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.</small>		
NOM, DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRES Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.		

1/Cocher Extension Volley Pour tous

2/Cocher
Création ou Renouvellement

4/ Il est obligatoire de faire un certificat médical qui sera valable ensuite 3 ans.
Si renouvellement de licence pendant cette période, il sera juste demandé de répondre à un questionnaire de santé et cocher la case ici.

En cas de nécessité de faire un certificat médical, le médecin peut remplir directement la partie **CERTIFICAT MÉDICAL**.

5/Compléter la partie **INFORMATIONS ASSURANCES**

Attention de bien lire, mettre son nom et prénom après Je soussigné. La première coche est obligatoire, ainsi que l'une des trois autres. Toutes les informations sur les assurance sont au verso du formulaire.

A noter que l'option "Assurance de base" est prise en charge par le club.

3/Renseigner la partie sur les informations personnelles pas d'obligation de remplir le numéro de licence, à mettre si vous le connaissez c'est mieux.
Attention de ne pas oublier la taille.

6/Répondre aux questions en cochant ou non les cases.

7/Mettre votre signature et la date.
Attention c'est obligatoire, le document sera refusé en cas d'absence de signature.