

AIDE POUR L'INSCRIPTION

Ce document donne :

1/ Les étapes pour faire son inscription en ligne et les infos sur le règlement de la cotisation

2/ Une aide pour comment remplir le formulaire de demande de licence FFVB

3/ Les choses à éviter lors du scan et chargement des documents

Note :

Il est important de lire attentivement ce document. De nombreux dossiers sont refusés car

- les documents ne sont pas remplis correctement,
- il manque des documents
- les documents scannés sont lisibles

Ce qui augmente fortement le travail des personnes du bureau.

1/ Les étapes pour faire son inscription en ligne et les infos sur le règlement de la cotisation

Afin de procéder à votre demande d'adhésion

Accéder au formulaire d'adhésion en vous connectant sur notre site internet, rubrique Infos pratiques > Adhésion
ou scanner ce QR code

Etape 1: Créer un compte en ligne

Pour pouvoir accéder au formulaire d'adhésion en ligne, il est nécessaire d'avoir un compte en ligne sur notre site internet. En cas de renouvellement, il suffit de se connecter à votre compte.

Etape 2 : Préparer les documents

Commun à toutes demandes d'adhésion :

- Une photo d'identité (pour toute création de licence)
- Une copie de la carte d'identité recto/verso
- La demande d'adhésion FFVB complétée 

Uniquement pour les mineurs :

- Un questionnaire de santé pour mineur en lieu et place du certificat médical 
- L'autorisation parentale complétée 
- Un certificat médical d'aptitude à la pratique du volley ball en cas de surclassement 

Uniquement pour les adultes :

- Un certificat médical d'aptitude à la pratique du volley ball renouvelable tous les trois ans 
- Un questionnaire de santé pour tout renouvellement avec certificat médical de moins de 3 saisons 

Uniquement pour les membres du bureau et les entraîneurs :

- L'attestation d'honorabilité 

Etape 3 : Compléter le formulaire internet du club et télécharger les documents complétés

Les dossiers d'inscriptions sont vérifiés par les membres du bureau avant d'être transmis de la Fédération Française de Volley Ball (FFVB) qui délivre les licences.

Les documents transmis doivent être complets, propres et lisibles pour une acceptation auprès de la FFVB.

Aucune demande d'adhésion ne sera enregistrée sans un dossier complet et lisible. En cas de doute ou question, ne pas hésiter à demander à nos entraîneurs et membres du bureau.

Etape 4 : Règlement de la cotisation

Le règlement de la cotisation peut se faire par les moyens suivants :

- Virement bancaire en ligne
- Espèce*
- Chèque*
- Pass Sport*

*Le montant de la cotisation est à remettre aux entraîneurs ou membres du bureau.

Possibilité de paiement en plusieurs fois.

2/ Aide pour comment remplir le formulaire de demande de licence FFVB

Voir sur les pages d'après, 3 cas :
pour les mineurs
pour les adultes compétition
pour les adultes loisir

Ces exemples concernent la majorité des adhérents. Pour les personnes de nationalité étrangère ou qui viennent d'un autre club, se référer si besoin à un coach ou membre du bureau.

AIDE POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE LICENCE > POUR LES MINEURS



FORMULAIRE LICENCE – SAISON 2024/2025

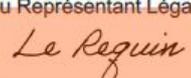
Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club avant toute saisie de licence

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS		NOM DUGSA	
Licence COMPETITION EXTENSION <input checked="" 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			
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			
TYPES DE DEMANDE		NUMERO DU GSA	
<input checked="" type="checkbox"/> CREATION <input checked="" type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE			
www.ffvolley.org    @ffvolley		N° DE LICENCE (si déjà licencié) : NOM D'USAGE : LE REQUIN PRENOM : SHARKY NOM DE NAISSANCE : DATE DE NAISSANCE : 02/09/2020 LIEU DE NAISSANCE : TROYES NATIONALITE : <input checked="" type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère PAYS _____ Code ISO: / / / / ADRESSE : 10 rue Marie Curie CP : 10000 VILLE : TROYES TEL : PORTABLE : 06 XX XX XX XX EMAIL* : SHARKY.LEREQUIN@GMAIL.COM <small>* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel</small>	
		SEXE : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M TAILLE : 1.60	

Cocher création si première inscription, sinon renouvellement.

Il faut remplir le questionnaire de santé mineur avant de cocher la case !

L'assurance de base à 0.58€ est prise en charge par le club !

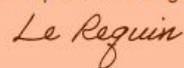
SUIVI MEDICAL [OBLIGATOIRE]	
Suivi médical – Majeurs Pour toute licence hors Encadrement Extension Dirigeant, le soussigné atteste sur l'honneur [cocher toutes les cases] : <input type="checkbox"/> (obligatoire) avoir produit un certificat médical d'absence de contre-indication (CMNCI) à la pratique du sport datant de moins de 3 saisons. <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> (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.	
CONTROLE D'HONORABILITE [OBLIGATOIRE] J'exerce les fonctions d'éducateur sportif, de juge, d'arbitre, d'exploitant d'Établissement 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 <input type="checkbox"/> (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) : <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Reconnais 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, ... Madame LE REQUIN 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 checked="" type="checkbox"/> Reconnais 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. <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 checked="" 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 checked="" 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 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.</small>	
NOM, DATE ET SIGNATURE [OBLIGATOIRES] Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.	
Maman le Requin Le 03/09/2024	
	

AIDE POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE LICENCE > POUR LES ADULTES COMPÉTITION (sans mutation)



FORMULAIRE LICENCE – SAISON 2024/2025

Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club avant toute saisie de licence

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS		NOM DUGSA	
Licence COMPÉTITION EXTENSION <input checked="" type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> OUTDOOR <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> COMPÉT'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 COMPÉTITION <input type="checkbox"/> EXTENSION Loisirs		NUMERO DU GSA	
Licence TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois			
TYPES DE DEMANDE		N° DE LICENCE (si déjà licencié) :	
<input checked="" type="checkbox"/> CREATION <input checked="" type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE		SEXE : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M TAILLE : 1.60	
www.ffvolley.org    @ffvolley		NOM D'USAGE : LE REQUIN PRENOM : SHARKY NOM DE NAISSANCE : DATE DE NAISSANCE : 02/09/2020 LIEU DE NAISSANCE : TROYES NATIONALITE : <input checked="" type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère PAYS : Code ISO: / / / ADRESSE : 10 rue Marie Curie CP : 10000 VILLE : TROYES TEL : PORTABLE : 06 XX XX XX XX EMAIL* : SHARKY.LEREQUIN@GMAIL.COM <small>* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel</small>	
SUIVI MEDICAL [OBLIGATOIRE]			
Suivi médical – Majeurs Pour toute licence hors Encadrement Extension Dirigeant, le soussigné atteste sur l'honneur [cocher toutes les cases] : <input checked="" type="checkbox"/> (obligatoire) avoir produit un certificat médical d'absence de contre-indication (CMNCI) à la pratique du sport datant de moins de 3 saisons, <input checked="" type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> (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.			
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 <input type="checkbox"/> (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) : <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Reconnaît 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, ... SHARKY LE REQUIN ... 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 checked="" type="checkbox"/> Reconnaît avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document et décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisit l'Option de base 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 checked="" type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié COMPÉTITION 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 checked="" 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 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.</small>			
NOM, DATE ET SIGNATURE [OBLIGATOIRES]			
Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.			
Sharky le Requin Le 03/09/2024			

Cocher création si première inscription, sinon renouvellement.

Il faut obligatoirement présenter un certificat médical de moins de 3 saisons. En cas de renouvellement dans la période des 3 saisons, il faut uniquement répondre à un questionnaire de santé.

L'assurance de base à 0.58€ est prise en charge par le club !

AIDE POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE LICENCE > POUR LES ADULTES LOISIR



FORMULAIRE LICENCE – SAISON 2024/2025

Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club avant toute saisie de licence

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS		NOM DU GSA	
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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> EXTENSION Loisirs		NUMERO DU GSA	
Licence TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois			
TYPES DE DEMANDE		N° DE LICENCE (si déjà licencié) :	
<input checked="" type="checkbox"/> CREATION <input checked="" type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE		SEXE : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M TAILLE : 1.60	
www.ffvolley.org @ffvolley		NOM D'USAGE : LE REQUIN PRENOM : SHARKY NOM DE NAISSANCE : DATE DE NAISSANCE : 02/09/2020 LIEU DE NAISSANCE : TROYES NATIONALITE : <input checked="" type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère PAYS Code ISO: / / / / ADRESSE : 10 rue Marie Curie CP : 10000 VILLE : TROYES TEL : PORTABLE : 06 XX XX XX XX EMAIL* : SHARKY.LEREQUIN@GMAIL.COM <small>* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel</small>	
SUIVI MEDICAL [OBLIGATOIRE]			
Suivi médical – Majeurs Pour toute licence hors Encadrement Extension Dirigeant, le soussigné atteste sur l'honneur [cocher toutes les cases] : <input checked="" type="checkbox"/> (obligatoire) avoir produit un certificat médical d'absence de contre-indication (CMNCI) à la pratique du sport datant de moins de 3 saisons, <input checked="" type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> (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.			
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 <input type="checkbox"/> (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) : <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Reconnais 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, ... SHARKY LE REQUIN ... 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 checked="" type="checkbox"/> Reconnais 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. <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'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.			
<input checked="" 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 checked="" 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 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.</small>			
NOM, DATE ET SIGNATURE [OBLIGATOIRES]			
Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.			
Sharky le Requin Le 03/09/2024		<i>Le Requin</i>	

Cocher création si première inscription, sinon renouvellement.

Il faut obligatoirement présenter un certificat médical de moins de 3 saisons. En cas de renouvellement dans la période des 3 saisons, il faut uniquement répondre à un questionnaire de santé.

L'assurance de base à 0.58€ est prise en charge par le club !

3/ Les choses à éviter lors du scan et chargement des documents

Les documents scannés doivent être complets, propres et lisibles pour une acceptation auprès de la FFVB.

Aucune demande d'adhésion ne sera enregistrée sans un dossier complet et lisible.

A noter que c'est la FFVolley qui refuse les mauvais documents.



Document accepté car complet et lisible



FORMULAIRE LICENCE – SAISON 2024/2025

Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club avant toute saisie de licence

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS	NOM DU GSA
Licence COMPETITION EXTENSION <input checked="" 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	
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	NUMERO DU GSA
Licence TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois	

TYPES DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) :	SEXE : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	TAILLE : <u>1.67</u>
<input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	NOM D'USAGE :		
	PRENOM :		
	NOM DE NAISSANCE :		
	DATE DE NAISSANCE :		
	LIEU DE NAISSANCE :		
	NATIONALITE : <input checked="" type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère PAYS _____ Code ISO: / / /		
	ADRESSE :		
	CP :	VILLE :	
	TEL :	PORTABLE :	
	EMAIL* :		

* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel

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_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.

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
 (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)
 Reconnais 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, LICCIARDI Hugo..... 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).
 Reconnais 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]

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------



Document accepté car complet et lisible



FORMULAIRE LICENCE – SAISON 2024/2025

Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club avant toute saisie de licence

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS		NOM DU GSA
Licence <u>COMPETITION</u> EXTENSION <input checked="" 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		PLAVB
Licence <u>ENCADREMENT</u> 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 <u>HORS COMPETITION</u> <input type="checkbox"/> EXTENSION Loisirs		NUMERO DU GSA
Licence <u>TEMPORAIRE</u> <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois		01 02 303

TYPES DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) ;	SEXE : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	TAILLE : 165
<input type="checkbox"/> CREATION <input checked="" type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	NOM D'USAGE PRENOM NOM DE NAISSANCE DATE DE NAISSANCE LIEU DE NAISSANCE		
www.ffvolley.org @ffvolley	NATIONALITE : <input checked="" type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère PAYS France Code ISO: / / / /		
	ADRESSE : [REDACTED]		
	CP : [REDACTED] VILLE : [REDACTED]		
	TEL : [REDACTED] PORTABLE : [REDACTED]		
EMAIL* : [REDACTED]			

SUIVI MEDICAL [OBLIGATOIRE]
Suivi médical – Majeurs Pour toute licence hors Encadrement Extension Dirigeant, le soussigné atteste sur l'honneur [cocher toutes les cases] : <input type="checkbox"/> (obligatoire) avoir produit un certificat médical d'absence de contre-indication (CMNCI) à la pratique du sport datant de moins de 3 saisons, <input type="checkbox"/> (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 <input checked="" type="checkbox"/> (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.

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 <input checked="" type="checkbox"/> (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) : <input checked="" type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Reconnaît 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, [REDACTED] 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 checked="" type="checkbox"/> Reconnaît avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document et décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisit l'Option de base 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 checked="" 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.
--

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]
Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur. [REDACTED]



Document non accepté car il manque une partie

FFvolley

FORMULAIRE LICENCE – SAISON 2024/2025

Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club avant toute saisie de licence

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS		NOM DUGSA	
Licence COMPETITION EXTENSION <input checked="" type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> OUTDOOR <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIST <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		NUMERO DU GSA	
Licence TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois			

TYPES DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) :	SEXE : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	TAILLE : 1,87
<input type="checkbox"/> CREATION <input checked="" type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE			
www.ffvolley.org @ffvolley	NOM D'USAGE : PRENOM : NOM DE NAISSANCE : DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :	NATIONALITE : <input type="checkbox"/> Française <input checked="" type="checkbox"/> Etrangère PAYS : Code ISO: / / / /	
	ADRESSE : CP : TEL : EMAIL* :	VILLE : PORTABLE :	

adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel

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_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.

CONTROLE D'HONORABILITE [OBLIGATOIRE]

Je n'exerce les fonctions d'éducateur sportif, de juge, d'arbitre, d'exploitant d'Établissement d'Activités Physiques et Sportives ou suis susceptible d'intervenir auprès des 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

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 modification 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, 94807 Choisy le Roi Cedex.

NOM, DATE ET SIGNATURE [OBLIGATOIRES]

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

2.09.2024



Document non accepté car il manque une partie



FORMULAIRE LICENCE – SAISON 2024/2025

Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club avant toute saisie de licence

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS		NOM DU GSA	
Licence COMPETITION EXTENSION <input checked="" type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> OUTDOOR <input type="checkbox"/> P.V. SOUND <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		NUMERO DU GSA	
TYPES DE DEMANDE <input type="checkbox"/> CREATION <input checked="" type="checkbox"/> RENOUVELLEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE		N° DE LICENCE (si déjà titulaire) SEXE : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M TAILLE : 1m.69	
NOM D'USAGE		PRENOM	
NOM DE NAISSANCE		DATE DE NAISSANCE	
LIEU DE NAISSANCE		NATIONALITE : <input checked="" type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère PAYS Code ISO : / / / /	
ADRESSE :		CP : VILLE	
CP :		TEL : PORTABLE :	
TEL :		EMAIL* :	
EMAIL* :		* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel	

www.ffvolley.org



@ffvolley

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_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.

CONTROLE D'HONORABILITE [OBLIGATOIRE]

Je n'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)

Reconnaît 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).

Reconnaît avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document et décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisit 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 suivants 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, 94807 Choisy le Roi Cedex.

NOM, DATE ET SIGNATURE [OBLIGATOIRES]

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

--



Document non accepté car il manque une partie



FORMULAIRE LICENCE – SAISON 2024/2025

Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club avant toute saisie de licence

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS		NOM DU GSA	
Licence COMPETITION EXTENSION <input checked="" type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> OUTDOOR <input type="checkbox"/> P.V. SOUND <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		NUMERO DU GSA	
TYPES DE DEMANDE <input type="checkbox"/> CREATION <input checked="" type="checkbox"/> RENOUVELLEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE		N° DE LICENCE (si déjà titulaire) SEXE : <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M TAILLE : 1m.69	
www.ffvolley.org    @ffvolley		NOM D'USAGE PRENOM NOM DE NAISSANCE DATE DE NAISSANCE LIEU DE NAISSANCE	
		NATIONALITE : <input checked="" 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>	

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_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.

CONTROLE D'HONORABILITE [OBLIGATOIRE]

Je n'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)

Reconnaît 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).

Reconnaît avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document et décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisit 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 suivants 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, 94807 Choisy le Roi Cedex.

NOM, DATE ET SIGNATURE [OBLIGATOIRES]

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.





Document non accepté car peu lisible

FORMULAIRE LICENCE – SAISON 2024/2025

volley

Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club avant toute saisie de licence

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS		NOM D'USAGE	
Licence COMPÉTITION EXTENSION <input checked="" type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> OUTDOOR <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> COMPÉT'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 COMPÉTITION <input type="checkbox"/> EXTENSION Loisirs		NUMERO DU GSA	
Licence TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois			
TYPES DE DEMANDE		N° DE LICENCE (si déjà licencié)	
<input checked="" type="checkbox"/> CREATION <input checked="" type="checkbox"/> RENOUVELLEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTA NON EXCEPTIONNELLE		SEXE : <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M TAILLE 178cm	
www.ffvolley.org f t i @ffvolley		NOM D'USAGE PRENOM NOM DE NAISSANCE DATE DE NAISSANCE LIEU DE NAISSANCE NATIONALITE : <input checked="" type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère PAYS Code ISO: / / / ADRESSE : CP VILLE : TEL : , PORTABLE : EMAIL* : <small>* Adresse mail en caractère minuscule sans ponctuation à votre Espace Personnel</small>	

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.ffvo.org/data/FichedocumentsmedicauxFFvolley_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 suivi QS - Sport Mineurs http://extranet.ffvo.org/data/FichedocumentsmedicauxFFvolley_qs_sport_spmff_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.

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.ffvo.org/data/FichedocumentslicencesFFvolley_Fiche_Pratique_Controle_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)

Reconnaît 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

Je soussigné, [redacted] 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) :

Reconnaît avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document et décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisit 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.

atteste ne pas avoir été licencié COMPÉTITION 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) s'engageant au traitement, mais vos données personnelles dans le cadre de la gestion de votre licence sur la base de l'exécution de la mission de service public dévolue à la FFVolley, vos données peuvent être communiquées aux personnes en charge au sein de la FFVolley, ses partenaires techniques, son assureur, ainsi que le cas échéant aux organisations de compétitions officielles, aux instances internationales du volley. En application des articles 29 et suivant de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression à l'égard de vos données personnelles. Si vous souhaitez exercer ce droit afin d'obtenir la communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Délégué à la Protection des Données (DPD) de la FFVolley (adresse : dpd@ffvo.org) ou par courrier au 17 rue Georges Clemenceau, 94807 Chilly le Roi Cedex.

NOM, DATE ET SIGNATURE [OBLIGATOIRES]

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur

[Redacted signature area]