Saison : 2018/2019
Volley-Ball
http://www.volleyrouen.fr
volleyrouen@gmail.com

Dossier d'inscription (Catégorie : Jeune)

Informations :

Prénom : ..... **Nom** : ..... **Date de naissance** : ...../...../.....

Courriel : ..... **Tél.**: .....

J'accepte que mon adresse mail soit diffusée uniquement en interne au club : □ Oui □ Non
J'accepte que mon image soit diffusée sur le site du club : □ Oui □ Non

Documents à fournir

- Bulletin d'adhésion individuel FFVB
- Certificat médical pour la pratique du volley en compétition
- Bulletin d'adhésion individuel ASPTT complété et signé
- Cotisation (chèque à l'ordre de ***ASPTT Volley Rouen***)
- Copie d'une pièce d'identité

En fonction des aides demandées

Pass Jeunes 76

- Copie de l'Allocation de Rentrée Scolaire (ARS) de la rentrée 2016
- Pass Jeunes 76 à compléter sur internet

Le contrat partenaires jeunes

- Le contrat passé avec la ville de Rouen

Tarifs[1]

Catégorie	né(e)s en	Cotisation
M20[2]	1999 à 2001	150 €
M17	2002 et 2003	150 €
M15	2004 et 2005	120 €
M13	2006 et 2007	120 €
M11	2008 et 2009	120 €
M9	2010 et 2011	120 €
M7	2012 et après	80 €

Nous rappelons que l'inscription à la section Volley-Ball implique de l'assiduité aux entrainements et au championnat se déroulant d'octobre à mai, et pouvant nécessiter ponctuellement le week-end la sollicitation des proches pour les déplacements. Les dates du championnat seront communiquées dès leur disponibilité au comité départemental de Volley-Ball de Seine Maritime.

Vous et l'entreprise de vos proches :

Avez-vous besoin d'une facture pour bénéficier de l'aide d'un C.E. ? □ Oui □ Non

Pensez-vous que l'entreprise de vos proches est susceptible de passer un partenariat (ou mécénat) avec votre club de volley ?
Si oui, pouvons-nous vous contacter pour en parler ? □ Oui □ Non

---

[1] Pour les membres d'une même famille (parents / enfants et applicable sur la licence la moins chère)
-15% sur la 2nd cotisation, -25% sur la 3ème cotisation et 50% sur la 4ème cotisation

[2] Pour les étudiants et chômeurs : -10 € de réduction (sur justificatif)

Assurance :

L'assurance « dommages corporels » est facultative mais la section Volleyball de l'ASPTT vous informe que les risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive peuvent donner lieu à des accidents sur lesquels il convient de s'assurer par le biais d'une assurance dommages corporels. La cotisation intègre l'assurance de base à 0,36€ souscrite par la FFVB (voir formulaire). Vous avez la possibilité de souscrire une option complémentaire (option A et B) à la FFVB en l'indiquant sur le formulaire de la FFVB et en ajoutant le prix de l'option à la cotisation de base.

Informations sur l'aide aux familles (sous conditions de ressources)

- Le contrat partenaires jeunes

La ville de Rouen et la Caisse d'Allocations Familiales proposent le contrat partenaires jeunes à toute personne âgée de 6 à 19 ans. Ce dispositif est destiné à favoriser l'accès aux loisirs pour les jeunes Rouennais (sous conditions de ressources). Chaque famille peut recevoir une aide correspondant à 50% du montant de l'adhésion annuelle (aide cumulable avec le Pass Jeune 76). Nous vous invitons à vous informer directement sur le site web de la ville de Rouen : https://www.rouen.fr/cpj

- Le Pass Jeunes 76 (date limite d'inscription 30 avril 2019)

Pour la saison sportive 2018/2019, le dispositif s'adresse aux jeunes de 6 à 18 ans si la famille, domiciliée en Seine-Maritime, perçoit l'Allocation de Rentrée Scolaire (ARS) ou l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) en cours de validité et au nom de l'enfant concerné par la demande « Pass Jeunes 76 ». Chaque famille peut recevoir une aide correspondant à 50% du montant de l'adhésion annuelle, dans la limite de 60 euros par an et par enfant. En 2018, la demande pour le Pass Jeunes 76 se fera par internet (http://www.seinemaritime.fr/nos-actions/numerique/tele-services.html). Pour bénéficier de cette aide, ne pas oublier de joindre au dossier d'inscription, la copie de l'ARS de l'enfant concerné.

Information : http://www.seinemaritime.fr/nos-actions/numerique/tele-services.html
Contact : Cellule Pass Jeunes 76, Direction des Sports du Département
Tél: 02 35 52 64 35, E-mail: passjeunes76@seinemaritime.fr

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

SAISON 2018/2019

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

TYPE DE LICENCE ET OPTIONS

Licence JOUEUR
- ☐ **COMPETITION VOLLEY-BALL**
- ☐ **COMPETITION BEACH VOLLEY**
- ☐ **COMPETITION PARA-VOLLEY SOURD**
- ☐ **COMPETITION PARA-VOLLEY ASSIS**
- ☐ **COMPET'LIB** ☐ VB ☐ BV ☐ PV Sourd ☐ PV Assis

Licence ENCADRANT
- ☐ **ENCADREMENT**
- ☐ **DIRIGEANT**

Licence VPT
- ☐ **VOLLEY POUR TOUS** ☐ VB ☐ BV ☐ PV Sourd ☐ PV Assis ☐ Volley Santé

NOM DU GSA

ASPTT ROUEN MSA VOLLEY-BALL

NUMERO DU GSA

765200

TYPE DE DEMANDE

- ☐ CREATION
- ☐ RENOUVELLEMENT
- ☐ MUTATION NATIONALE
- ☐ MUTATION REGIONALE
- ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

www.ffvolley.org

@ffvolley

N° DE LICENCE (si déjà licencié) : …… SEXE : ☐ F ☐ M

NOM : …… PRENOM : ……

TAILLE : …… DATE DE NAISSANCE : ……/……/……

NATIONALITE : ☐ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)

ADRESSE : ……

CODE POSTAL : …… VILLE : ……

TEL : …… PORTABLE : ……

EMAIL : ……

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr ……
atteste que M / Mme ……
ne présente aucune contre-indication à :
- ☐ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Sourd, y compris en compétition
- ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition

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 surclassement dans le respect des règlements de la FFvolley.

Fait le …….. Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.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).

☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.
☐ Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (**valorisée à 0,36€ TTC**).
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
++***Option A (5,02€ TTC)*** ou ++***Option B (8,36€ 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, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.
☐ J'autorise la FFvolley à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley.
☐ J'autorise la FFvolley à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

NOM, DATE ET SIGNATURE

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2018/2019

Les contrats et les notices d'informations sont consultables sur le site de la FFVB : 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 FFVB. 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 FFVB, rubrique « assurance ».

INDIVIDUELLE ACCIDENT : La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer. Dans ce cadre, la FFVB propose à ses licenciés trois formules facultatives d'assurance « Accident Corporel »: base, option A et option B.
Ces formules vous couvrent pendant la pratique sportive autorisée par votre licence FFVB. Elles sont présentées ci-dessous et dans la notice d'information réalisée par la Mutuelle des Sportifs et consultable sur le site internet de la FFVB 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.

Les formules « accident corporel » sont proposées par l'Accord collectif n°2178, souscrit auprès de la MUTUELLE DES SPORTIFS - 2/4 rue Louis David, 75782 Paris cedex 16 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Mutuelle immatriculée au répertoire Sirène sous le n° 422 801 910.

Les contrats d'assurances ont été souscrit par l'intermédiaire d'aiac courtage, Société de Courtage d'Assurances selon le b) de l'article L520-1 du code des assurances– S.A.S au capital de 300.000 € - SIREN 513 392 118 – RCS PARIS – N° immatriculation ORIAS 09 051 522 - Service réclamation : 14 rue de Clichy- 75009 PARIS - reclamation@aiac.fr – soumis au contrôle de l'ACPR, 61 rue taitbout 75009 Paris.

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'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES/ DUREE :
La garantie prend effet le 1er septembre 2018, ou après cette date, le jour de l'enregistrement de la licence auprès de la FFVB et du règlement de la prime correspondante.
Elle prend fin le jour où la licence FFVB pour la saison en cours n'est plus valide.

Garantie Accident Corporel de base (0,36 € TTC)

	LICENCIES FFVB	Franchise
DECES	10 000 €	Néant
FRAIS D'OBSEQUES	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 reconstitue 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 :** • 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 1er 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 1er 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 5,02€	OPTION B 8,36€	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 (2)	500 € / accident	500 € / accident	Néant
INDEMNITES JOURNALIERES (3)		30 € par jour (maximum : 365 jours)	10 jours

(2) 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.

(3) Lorsque l'assuré a été en incapacité temporaire totale de travail suite à un accident, la M.D.S. 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.

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 FFVB (rubrique assurances).
Pour faire appel à MAIF ASSISTANCE: appelez depuis l'étranger le +33.549.348.827- depuis la France : 05.49.34.88.27
contrat MAIF n°3087988J - **Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable de MAIF Assistance**.

RECAPITUALITF DES CATEGORIES D'AGES ET SURCLASSMENTS - 2018_2019

catégorie	Année de naissance	genre	surclassements permettant de jouer dans les championnats des catégories ci-dessous :							
			M7	M9	M11	M13	M15	M17	M20	SENIOR
M7	2012 et après	M/F	autorisé	simple surcl.	simple surcl.	interdit	interdit	interdit	interdit	interdit
M9*	2010 et 2011	M/F		autorisé	autorisé	simple surcl.	interdit	interdit	interdit	interdit
M11	2008 et 2009	M/F			autorisé	autorisé	interdit	interdit	interdit	interdit
M13	2006 et 2007	M/F				autorisé	simple surcl.	interdit	interdit	interdit
M15	2004 et 2005	M/F					autorisé	simple surcl.	départ. = simple surcl. rég/nat = double surcl.	triple surcl.
M17	2002 et 2003	Masc						autorisé	autorisé	départ. = simple surcl. rég/nat = double surcl.
		Fém						autorisé	autorisé	simple surcl.
M20	1999, 2000 et 2001	M/F							autorisé	autorisé
SENIOR	1998 et Avant	M/F							interdit	autorisé

***Les M9 ne sont pas autorisés à participer à la Coupe de France M13 (voir Règlement Particulier de la Coupe de France M13)**

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-ball et/ou du Beach Volley et/ou Para 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 :

- **Par l'interrogatoire** :

1. les facteurs de risques cardio-vasculaires :

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

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

- **La réalisation d'un électrocardiogramme (<u>recommandé</u>)** :

1. Dés la première licence et tous les 3 ans de 12 ans à 20 ans.
2. Tous les 5 ans de 21 à 35 ans.

- après 35 ans (utiliser la fiche médicale Sénior +).

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

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

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

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

CERTIFICAT MEDICAL
FICHE A

Non contre indication à la pratique du Volley Ball jusqu'à 35 ans et Simple Surclassement

Je soussigné (e), ... Docteur en médecine, certifie avoir examiné :

NOM..... ; PRENOM.....

Né (e) le :___/___/____ - Numéro de licence : ______________

Nom du Club :.....

et certifie que son état ne présente pas de contre-indication à :

- □ la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition.
- □ la pratique du Beach Volley, y compris en compétition.
- □ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition
- □ la pratique du Volley Sourd, y compris en compétition

Fait à....., Le.....

Signature et cachet du médecin examinateur :

SIMPLE SURCLASSEMENT

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

Fait le : **Signature et cachet du médecin examinateur :**

Lors de la 1ère prise de licence, un certificat médical datant de moins d'un an est exigé. Entre chaque renouvellement triennal, le licencié ou son représentant légal doit renseigner un questionnaire de santé et attester que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. Si ce n'est pas le cas, le licencié devra fournir un nouveau certificat médical. Pour le Simple Surclassement, le présent certificat, est valable 1 an.

Pensez à signaler à votre médecin que vous pratiquez du sport en compétition et que tout traitement prescrit peut être inscrit sur la liste des produits et dispositifs interdits de l'A.F.L.D. (Agence Française du Lutte contre le Dopage www.afld.fr) et nécessiter une demande d'A.U.T. (Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques)

Bulletin d'adhésion 2018-2019 ou année 2019 ASPTT ROUEN

☐Création ☐ Renouvellement **SECTION VOLLEY BALL**

Autre discipline pratiquée à l'ASPTT : _____

Type de licences : renvoi (1) et (2)

Licence FS ASPTT Premium ☐ 18 €

DAF (droit d 'adhésion fédérale) ■ 2 €

COTISATION TOTALE : _____ **€**

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

☐ Mr ☐ Mme ☐ Melle

Nom : _____

Prénom :_____

Date de naissance : / / à_____

Adresse :_____

Code postal : _____ Ville :

Nationalité : _____

Tel domicile : _____ Tel travail : _____

Mobile :_____

Email :_____

Profession : ☐ La Poste n° Identifiant RH :_____

☐ France telecom ☐ autre :_____

Profession des parents (pour mineurs) :_____

ETAT SPORTIF DU DEMANDEUR (licence fédération délégataire ou autre)

Licence fédérale : ☐ oui ☐ non Numéro : _____

Compétition : ☐ oui ☐ non

Certificat médical : ☐ oui Date : _____

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération..

A_____ le ____/_____/_____

Signature obligatoire

(du demandeur ou du représentant légal

ACCORD DE LICENCE

INFORMATIQUE ET LIBERTES :

« La loi informatique et liberté N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en août 2004, s'applique aux réponses faites à ce questionnaire. Toutes les informations de ce document font l'objet d'une traitement informatique et le licencié dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Secrétaire Général de l'ASPTT. Ces coordonnées pourront être cédées à des partenaires commerciaux avec faculté pour le licencié de s'opposer à leurs divulgations.

CESSION DU DROIT A L'IMAGE

☐ Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisés dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiés et diffusés à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site internet par des moyens de reproduction photomécaniques (films, cassettes vidéo, etc.) sans avoir le droit à une compensation.

☐ Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT.

☐ Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT.

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs) :

Je, soussigné(e) M ou Mme _____ représentant légal de _____ certifie lui donner l'autorisation de :

- se licencier à la FSASPTT et d'adhérer à l'ASPTT pour toutes les activités

- prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisirs au cours de la saison.

J'autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence. La personne à contacter en cas d'accident est : _____N° de téléphone :_____

ASSURANCE : (1)

L'établissement d'une des 2 licences permet à son titulaire de bénéficier des assurances Responsabilité civile, Assistance et Dommages corporels souscrites par la FSASPTT. L'assurance « dommages corporels » est facultative mais la FSASPTT vous informe que les risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive peuvent donner lieu à des accidents sur lesquels il convient de s'assurer par le biais d'une assurance dommages corporels. Le montant de l'assurance compris dans le prix de la licence loisir est de 1,84 € et dans celui de la licence adhésion est de 0,60 €. Si vous ne souhaitez pas cette assurance dommages corporels, le montant de cette dernière sera déduit.

Concernant la licence FSASPTT associée, il est précisé qu'en cas de refus d'adhésion aux garanties proposées par une autre fédération, l'assureur de la FSASPTT ne prendra pas en charge les risques refusés, et par conséquent refusera les dossiers de sinistre.

Je soussigné(e) _____ reconnais avoir pris connaissance :

- de la notice d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et adhérer au contrat national proposé par la FSASPTT (notice aussi disponible sur le site www.asptt.com)

- des statuts et règlement intérieur (disponible au secrétariat de l'association)

Il est rappelé qu'en cas de refus d'adhésion aux garanties proposées par une autre fédération, l'assureur de la FSASPTT ne prendra pas en charge les risques refusés, et par conséquent refusera le dossier de sinistre.

ATTESTATION QUESTIONNAIRE MEDICAL (à remplir par le licencié)

☐ J'atteste par la présente avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions relatives au questionnaire de santé et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entraînera obligatoirement la production d'un nouveau certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport et/ou du Volley Ball.

Fait le à

REFUS D'ASSURANCE : (2)

En cas de refus de souscription de l'assurance «Dommages corporels », le club doit s'assurer que le bénéficiaire a bien pris connaissance des informations assurances figurant sur la notice d'information à conserver par le licencié et qu'il prend sa décision en toute connaissance de cause.

Si le soussigné refuse de souscrire à l'assurance Dommages Corporels, il reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive pouvant porter atteinte à son intégrité physique et il coche la case ci-dessous.

☐ je ne souhaite pas souscrire d'assurance Dommages Corporels

FFvolley

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa
N°15699*01

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc…) survenu durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :
Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :
Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.