



BIENVENUE A LOUVIGNÉ DE BAIS VOLLEY BALL

Départemental(e)s

INSCRIPTION : saison 2025 - 2026

NOM Prénom :

Adresse :

Né(e) le : / / à :

① :

@ :

S'inscrit pour la saison 2025- 2026, et s'engage à ne pas quitter le club en cours de saison, pour aller jouer dans un autre club de volley, sauf cas de force majeure.

❖ AUTORISATION PARENTALE (pour les enfants mineurs uniquement)

Je soussigné (e), Mme, M

Représentant légal de

Atteste savoir que l'enfant cité ci - dessus participe, avec le club de Louvigné de Bais volley ball, aux entraînements de la saison.

Hors les horaires d'entraînement, votre enfant est sous votre responsabilité.

❖ DROIT A L'IMAGE (Cochez votre choix)

J'autorise ☐

Je refuse ☐

- d'être pris(e) en photo et/ou filmé lors de manifestations organisées par l'association.
- d'utiliser ces mêmes images et/ou vidéos à des fins de communication (affiches, albums, articles presse et magazine, site internet, newsletters...).

❖ PAIEMENT LICENCE (Ordre pour le chèque : LOUVIGNÉ DE BAIS VOLLEY BALL)

☐ 112 € : Départementale

☐ Licence double (+ Détentes FSCF) : 140 €

Je m'engage à respecter les personnes qui m'encadre, à ne pas dégrader le matériel. Toute dégradation peut donner lieu au paiement des frais de réparation.

Le2025, àSignature (précédée de la mention «lu et approuvé») :

PIECES OBLIGATOIRES :

Formulaire licence FFVB

Photo d'identité

Certificat médical obligatoire ou Questionnaire de Santé

Copie de carte d'identité (sauf si déjà fourni l'an passé)

Attestation d'assurance

Le joueur ne pourra pas participer à la compétition si l'un de ces documents est manquant

FORMULAIRE LICENCE – SAISON 2025/2026

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 ☐ VOLLEY-BALL ☐ OUTDOOR ☐ P.V. SOURD ☐ P.V. ASSIS ☐ COMPET'LIB	LOUVIGNE DE BAIS VOLLEY BALL
Licence ENCADREMENT EXTENSION ☐ ARBITRE ☐ EDUCATEUR SPORTIF ☐ SOIGNANT EXTENSION ☐ DIRIGEANT ☐ PASS BENEVOLE	
Licence HORS COMPETITION ☐ EXTENSION Loisirs	
Licence TEMPORAIRE ☐ Validité 1 Mois ☐ Validité 3 Mois	NUMERO DU GSA 0351667

TYPES DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) :
☐ CREATION ☐ RENOUELEMENT ☐ MUTATION NATIONALE ☐ MUTATION REGIONALE ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE	SEXE : ☐ F ☐ M TAILLE : NOM D'USAGE : PRENOM : NOM DE NAISSANCE : DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE : NATIONALITE : ☐ Française ☐ 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

www.ffvolley.org



@ffvolley

SUIVI MEDICAL [OBLIGATOIRE - cocher l'une ou l'autre des cases]

Pour toute licence hors Encadrement Extension Dirigeant et Pass Bénévole, je soussigné atteste sur l'honneur, soit :

Sportifs majeurs :

☐ avoir répondu NON, à tout le QS – FFvolley Majeurs (http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_2025-26.pdf).

☐ avoir répondu OUI, à l'une des questions du QS – FFvolley Majeurs, et ainsi produire un certificat médical d'absence de contre indication (CMNCI) à la pratique du sport, le cas échéant en compétition, datant de moins de 6 mois. Celui-ci doit être joint à la demande de licence.

Sportifs mineurs :

☐ avoir répondu, conjointement avec le mineur, NON à tout le QS - Sport Mineurs (http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_sportifs_mineurs_2025-26.pdf).

☐ avoir répondu OUI, à l'une des questions du QS – FFvolley Mineurs, et ainsi produire un certificat médical d'absence de contre indication (CMNCI) à la pratique du sport, le cas échéant en compétition, datant de moins de 6 mois. Celui-ci doit être joint à la demande de licence.

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 sens des articles L.212-1 et L.222-1 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 sens 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

☐ 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, je soussigné, (cocher l'une ou l'autre des deux cases), soit :

☐ 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 [OBLIGATOIRE]

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), (cocher l'une ou l'autre des cases), soit :

☐ 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 0,66€ TTC.

☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
 ++Option A (5,40€ TTC) ou ++Option B (10,00€ TTC).

☐ 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.

☐ 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 2-4 Rue des Sarrazins 94000 CRETEIL.

NOM, DATE ET SIGNATURE [OBLIGATOIRES]

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.



FFvolley

CERTIFICAT MEDICAL _ FICHE A

Absence de contre-indication à la pratique du Volley et Simple Surclassement

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

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

**Né (e) le ____/____/____ - Numéro de licence \ \ \ \ \ \ \ \ \ **

Nom du Club LOUVIGNE DE BAIS VOLLEY BALL

et certifie que son état présente une absence de contre-indication à :

☐ la pratique du Volley, 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 :**

Rappel :

L'intéressé doit compléter un « Questionnaire relatif à l'état de santé FFvolley-Majeurs » ou un « Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineurs » et attester sur son formulaire de demande de licence, que toutes les rubriques du questionnaire ont donné lieu à une réponse négative. Dans le cas contraire, il devra fournir un certificat médical, datant de moins de 6 mois, attestant l'absence de contre-indication à la pratique du Volley, y compris en compétition.

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)