AS CALUIRE VOLLEY-BALL *Inscription saison 2017-2018*

VOTRE IDENTITE

Nom : …… Prénom : ……
Adresse : ……
Code Postal : ……. Ville : ……..

Date de naissance : ….. / ….. / …….

Nationalité : Française / Union Européenne / Autre *(Cette information nous est demandée pour l'établissement des licences FFVB)*
N° de téléphone fixe : …….. N° de téléphone portable : ……
E-mail : ……..
E-mail des parents (pour les – de 16 ans) : ……..
Profession : …….. (des parents pour les – 18 ans)
Établissement scolaire : ……..

Je certifie avoir eu connaissance des statuts du club (disponibles sur le site) et lu les informations inscrites au verso de cette page.

Fait à ……. , le ….. / ….. / ……. Signature :

AUTORISATION PARENTALE *(pour les adhérents mineurs)*

Je soussigné(e) (1) : …….. (1) Nom du chef de famille ou tuteur
Demeurant : ……..
autorise mon fils / ma fille : ……
à participer aux entraînements et aux matchs amicaux et officiels de l'AS CALUIRE VOLLEY-BALL.

Le club dégage sa responsabilité en cas d'accident lors des trajets sur les lieux d'entraînement ou de rendez-vous pour les compétitions. Lors des déplacements pour les compétitions à l'extérieur, l'enfant sera conduit par son entraîneur, des parents et éventuellement par des adultes licenciés du club. En cas d'accident de la route, le club dégage sa responsabilité. J'autorise l'ASC VOLLEY-BALL à prendre toutes dispositions nécessaires en cas d'accident (les entraîneurs ont pour consigne d'appeler le 112 ou le 15, puis les parents).

Fait à ……. , le ….. / ….. / ……. Signature :

PIECES A JOINDRE *(tous les chèques sont à établir à l'ordre de ASC VOLLEY-BALL)*

□ **1 Photo d'identité**

□ **Copie de pièce d'identité** *(pour les adhérents non licenciés en 2016-2017)*

□ **Certificat médical** *(selon modèle FFVB)*

□ **Chèque caution Vie Associative de 20€** *(chèque rendu en fin de saison en contrepartie d'une action bénévole menée au sein du club)*

□ **Chèque de caution de 75 €** *(chèque détruit en fin de saison en échange du retour de votre équipement)*

□ **Chèques de cotisation de …….. €** *(voir tarif correspondant)*

□ **Coupon Sport de …….. €** *(voir tarif correspondant)*

□ **Carte bancaire de …….. €** *(voir tarif correspondant)*

□ **Chèque de mutation de …….. €**

Pour toute correspondance : ASC VOLLEY-BALL – Gymnase André CUZIN – 42 chemin de crépieux – 69 300 Caluire-et-Cuire – admivolleycaluire@gmail.com

COTISATIONS 2017-2018 *(adhésion au club + licence et assurance fédérales)*

Catégories d'âges (années de naissance)

Compétition FFVB Week-end

- Seniors Féminine (1997 et avant)..... 215 €
- Seniors Masculin (1997 et avant)..... 210 €
- M20 (1998, 1999 & 2000) et M17 (2001 & 2002)..... 190 €
- M15 (2003 & 2004)..... 175 €
- M13 (2005 & 2006)..... 165 €
- M11 (2007 & 2008) et M9 (2009 & 2010) ..... 155 €

Loisirs FFVB (Senior et M20 uniquement)..... 170 €

Droits de Mutation FFVB (Sen / M20 / M17) Régionale.....55€

Compétition FSGT Semaine.....170 €

Réductions

Pass'région : Joindre une photocopie recto-verso de votre carte. Déduire 30 euros du montant de la cotisation et faire un chèque de 30 euros qui sera encaissé si votre pass'région ne peut pas être débité. ***Famille :*** 5 € de réduction sur la 2ème adhésion, 10 € de réduction sur les adhésions supplémentaires Cette réduction ne s'applique que dans le cas d'adhésions multiples parents-enfants ou frères & sœurs dans la saison.

Participation à la Réunion Annuelle : la participation à la réunion annuelle, à la fin de chaque saison vous donne droit à une réduction de 5€ l'année suivante.

ASSURANCE

Les clubs sont tenus par la loi sur les groupements sportifs (articles 37 et 38 de la loi du 16 juillet 1984) d'informer leurs licenciés de l'intérêt qu'ils ont à souscrire une assurance complémentaire de Prévoyance les garantissant en cas de dommages corporels et de tenir à leur disposition des formules de garanties complémentaires. Pour répondre à ses obligations, une notice d'information sur le contrat d'assurance souscrit par la FFVB avec le groupe Générali ou par la FSGT avec le groupe AXA, ainsi qu'une note sur des formules de garanties complémentaires vous sera remise avec votre licence.

INFORMATION SUR LES BULLETINS D'ADHESION

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, merci de vous adresser aux coordonnées indiquées en bas de page.

INFORMATION POUR DIFFUSION SUR INTERNET

Le club diffuse sur son site et sur sa page Facebook des informations et photographies pouvant contenir votre nom, votre prénom, votre date de naissance et votre image. Vous pouvez vous opposer à une telle diffusion. Pour que nous puissions prendre en compte votre refus, merci de vous adresser aux coordonnées indiquées en bas de page. Attention : en l'absence de notification de votre part dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la présente information (date paraissant sur la fiche d'inscription), votre accord sera réputé acquis. Vous pourrez toutefois nous faire part, à tout moment, de votre souhait de faire cesser la diffusion de vos données sur Internet.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

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

FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY-BALL

SAISON 2017/2018

TYPE DE LICENCE et Options

☐ COMPETITION VOLLEY-BALL
☐ COMPETITION BEACH VOLLEY
☐ COMPETITION PARA-VOLLEY ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Autre
☐ ENCADREMENT
☐ DIRIGEANT
☐ COMPET LIB ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit
☐ VOLLEY POUR TOUS ☐ VB/BV ☐ Sourds ☐ Assis ☐ Soft ☐ Fit

NOM DU GSA

NUMERO DU GSA

TYPE DE DEMANDE

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

www.ffvb.org

@FFVolleyball

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 Sourds, 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 FFVB.

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

QUESTIONNAIRE DE SANTE

☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé « QS – SPORT »
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 0,46€ 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 FFVB. 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'atteste ne pas avoir établi de licence COMPETITION « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT pour la présente saison, pour un autre GSA.
☐ J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley-Ball.
☐ J'autorise la FFVB 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.

Pour toute correspondance : ASC VOLLEY-BALL – Gymnase André CUZIN – 42 chemin de crépieux – 69 300 Caluire-et-Cuire –
admivolleycaluire@gmail.com

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2017/2018

Résumé des contrats GENERALI n°AL910966 et EUROP Assistance n°58631941

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

Vous êtes licencié à la FFVB :

1/ Garantie Responsabilité Civile obligatoire : Incluse dans la licence. Elle vous assure pendant la pratique de votre sport FFVB contre les conséquences financières des dommages corporels et matériels que vous causez à des tiers.

2/ Garanties Accident Corporel non obligatoire :

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 d'assurance:

- - Une garantie « Accident Corporel de base »
- - Deux options complémentaires A et B

dont vous trouverez le détail ci-contre et dans la notice d'information GENERALI référencée FFVB-07/2012 présentée à l'adhérent par son GSA avant signature du présent formulaire.

Garantie Accident Corporel de base (0,46 € TTC)

Nature de la garantie	Plafonds de garantie
Décès	6.100 € par personne
Invalidité permanente	12.200 € par personne x taux d'invalidité
Indemnité journalière en cas d'hospitalisation	15 € par jour à compter du 1er jour d'hospitalisation avec limitation à 150 jours par accident
Frais de traitement (*)	100% du tarif de convention de la sécurité sociale
Dépassements d'honoraires (*)	majoration de 25 % de la base de remboursement de la sécurité sociale
Bris de lunettes au cours d'activités garanties (trajet exclu) (*)	200 € par sinistre (verre + monture),
Perte ou bris de lentilles non jetables (*)	100 € par lentille
Dent fracturée (*)	150 € par dent
Bris de prothèse (3 dents et plus) (*)	150 € par dent
Premier appareillage non pris en charge par la Sécurité Sociale	80 € par victime et par accident

(*) En complément des prestations servies par la Sécurité Sociale et les mutuelles complémentaires, dans la limite des frais réels.

Assistance rapatriement Prestations délivrées par EUROP Assistance- contrat n°58631941appelez le +33. (0)1.41.85.92.18	Rapatriement : frais réels Frais médicaux à l'étranger (*) : 152.500 €

OPTIONS A et B COMPLEMENTAIRES à la garantie de base :

Les options vous permettent d'améliorer votre couverture d'assurance et ainsi d'être encore mieux protégé lors de la pratique de votre sport. Les montants indiqués dans le tableau s'ajoutent aux montants de la garantie de base.

NATURE DES DOMMAGES	OPTION A 5,02 € TTC	OPTION B 8,36 € TTC
Décès	10.000 €	20.000 €
Invalidité permanente totale	10.000 €	20.000 €
Invalidité permanente partielle	10.000 € x taux d'invalidité	20.000 € x taux d'invalidité
Indemnités journalières	néant	30 € payable jusqu'au 365ème jour d'arrêt. Franchise 10 jours.

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 invité à se rapprocher de son conseil en assurances qui pourra lui proposer des garanties adaptées à sa situation personnelle.

MODALITES DE CONCLUSION DU CONTRAT

Pour souscrire l'une des options « Accident Corporel », il vous suffit de cocher dans le pavé « Assurances » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquitter avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

VIE DU CONTRAT D'ASSURANCE :

Le contrat se compose du présent formulaire de demande de licence et de la notice d'information référencée FFVB-07/2012 et ses annexes dont le licencié reconnaît avoir pris connaissance.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES/ DUREE :

La garantie prend effet 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 ma licence FFVB pour la saison en cours n'est plus valide.

ASSUREUR : GENERALI IARD, SA au capital de 59.493.775 €, Entreprise régie par le code des assurances – 7 Bd Haussmann 75456 PARIS Cedex 09 – RCS PARIS 552062663 - Société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026. Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09.

Les relations précontractuelles et contractuelles sont régies par la Loi Française.

La langue des relations précontractuelles et contractuelles est le français.

MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS

En cas de désaccord, vous pouvez adresser une réclamation écrite avec le motif du litige et les références du dossier à : GENERALI – SERVICE RECLAMATIONS – 7, Boulevard Haussmann – 75456- PARIS Cedex 09

Si vous avez adhéré au présent contrat en utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance et à des fins n'entrant pas dans le cadre de votre activité commerciale ou professionnelle, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires à compter du jour de la conclusion du contrat (réputé être la date d'effet des garanties mentionnée dans le bulletin d'adhésion) pour y renoncer sans justifier de motifs ni supporter de pénalités. Ce droit ne s'applique pas si vous avez déclaré un sinistre mettant en jeu les garanties.

Dans ce cas, pour renoncer au contrat, adressez une lettre recommandée avec accusé de réception, rédigée suivant le modèle ci-dessous à l'adresse : AIAC – 14 rue de Clichy – 75311 Paris Cedex 9

Je soussigné_____, renonce par la présente à l'adhésion au contrat d'assurance Individuelle Accident n° AL910966 que j'avais souscrit à distance le _____.

Fait à _____, le _____. SIGNATURE»

Les garanties cessent à la date de réception de la renonciation. Le cas échéant, les cotisations déjà versées me seront remboursées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie écoulée.

Fait à , le

Signature du licencié :

INFORMATION

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, 14 rue de Clichy, 75009 Paris
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 EUROP ASSISTANCE: appelez le +33.(0)1.41.85.92.18. Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable d'Europ Assistance.

GENERALI

FFvolley

FICHE MEDICALE SENIOR +
(Obligatoire à partir de 35 Ans)

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.

Et / ou

☐ du Beach-Volley, y compris en compétition.

Et / ou

☐ du Para Volley – Volley Assis, y compris en compétition.

Et / ou

☐ du Para Volley-Volley Sourd (<55dl), y compris en compétition.

Fait à....., Le.....

Signature et cachet du médecin examinateur :

Pour les licenciés de +35 et jusqu'à 45 ans, lors de la 1ère prise de licence, un certificat médical datant de moins d'un an est exigé. Entre chaque renouvellement triennal, le licencié 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 les licenciés de +45 ans, le certificat médical doit être établit annuellement.
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)

CERTIFICAT à faire remplir par un médecin du sport.

Le certificat médical de non contre - indication du Volley-Ball nécessite un examen médical à la recherche d'une éventuelle contre-indication à la pratique du Volley-Ball.

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>obligatoire</u>) :**

1) Tous les ans :

- **De réaliser un test d'évaluation cardiaque S.T.T (systolic Tension Time) pour les adultes :**

Le sujet doit effectuer la montée d'une marche de 40 cm, y mettre les deux pieds, la redescendre avec le premier pied de montée en reculant et recommencer,24 fois par minute pendant 5 minutes. On mesure la fréquence cardiaque et la pression artérielle au repos, à la fin de l'effort et à la troisième minute de récupération. ON effectue ensuite la multiplication de la fréquence cardiaque exprimée en battements par minute par la pression artérielle exprimée en millimètres de mercure.

- **Une épreuve d'effort conseillée à partir de 40 ans chez l'homme et 50 chez la femme.**

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

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.

FFvolley

QUESTIONNAIRE DE SANTE "QS - SPORT"

En application de l'article D. 231-1-3 du Code du sport, la présentation d'un certificat médical d'absence de contre-indication datant de moins d'un an est exigée tous les trois ans lorsque la licence permet la participation aux compétitions organisées par la FFVB et lors de la première prise de licence lorsque celle-ci ne permet pas la participation aux compétitions.

Conformément à l'article D. 231-1-4 du Code du sport, lorsque le certificat médical n'est pas exigé (renouvellement triennal d'une licence permettant la participation aux compétitions ou renouvellement d'une licence ne permettant pas la participation aux compétitions), le sportif doit renseigner le questionnaire de santé ci-dessous.

Ce questionnaire de santé permet de savoir si le licencié doit fournir un certificat médical pour renouveler sa licence.
Si vous avez répondu "Non" à toutes les questions, il n'y a pas lieu de fournir un nouveau certificat médical, mais vous devrez attester sur votre formulaire de demande de licence avoir répondu négativement à toutes les questions de ce questionnaire de santé.
Si vous avez répondu "Oui" à une ou plusieurs questions, vous devrez consulter un médecin et lui présenter le présent questionnaire, afin d'obtenir un certificat médical de non contre indication à la pratique sportive.

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

QUESTIONS	OUI	NON
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐ C	☐ C
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐ C	☐ C
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)	☐ C	☐ C
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐ C	☐ C
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 ?	☐ C	☐ C
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐ C	☐ C
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 ?	☐ C	☐ C
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐ C	☐ C
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐ C	☐ C