



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 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 <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			
TYPES DE DEMANDE		N° DE LICENCE (si déjà licencié) :	
<input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE		SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M TAILLE :	
NOM D'USAGE : PRENOM : NOM DE NAISSANCE : DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE : NATIONALITE : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère PAYS _____ Code ISO: / / / /		ADRESSE : CP : VILLE : TEL : PORTABLE : EMAIL* :	
www.ffvolley.org    @ffvolley		<small>* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel</small>	
SUIVI MEDICAL [OBLIGATOIRE]			
<u>Suivi médical – Majeurs</u> 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.			
<u>Suivi médical – Mineurs</u> <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.			
<small>N.B. : pour toute licence Encadrement Extension Arbitre, la production d'un examen ophtalmologique est requise.</small>			
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"/> 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). <input type="checkbox"/> 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 . <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 type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, OUTDOOR, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente. <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir d'informations commerciales de la part de la FFvolley relatives à ses activités. <input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des communications et offres de la part de la FFvolley à propos de ses partenaires.			
<small>La Fédération Française de Volley (FFVolley - responsable du traitement) traite vos données personnelles 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.			

INSCRIPTION

CREATION DE LICENCE - MOC VOLLEY

SAISON 2024/2025

Feuille 2/3



REGLEMENT : - PAR CHEQUE : MERCI DE LE LIBELLER A L'ORDRE DE : MOC SECTION VOLLEY-BALL
- PAR VIREMENT AVEC RIB CI-DESSOUS précisant le prénom du joueur et sa catégorie

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque 10278 Guichet 01400 N° compte 00021319301 Clé 34 Devise EUR

Domiciliation
CCM REGION MOLSHEIM

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)
FR76 1027 8014 0000 0213 1930 134

BIC (Bank Identifier Code)
CMCIFR2A

Domiciliation
CCM REGION MOLSHEIM
26 PL DE L HOTEL DE VILLE
CS 99101
67129 MOLSHEIM CEDEX
03 90 41 65 22

Titulaire du compte (Account Owner)
MOLSHEIM OLYMPIQUE CLUB SECT VOLLEY
BALL
CHEZ M XAVIER GUNTZBURGER
13 RUE BEATRICE HESS
67120 DUTTLENHEIM

Documents obligatoires	Remis avec cette fiche	Non remis
Pour sénior certificat médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche d'inscription ffvb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photo d'identité <i>(Obligatoire pour les 11-18 ans et les équipes en compétitions)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photocopie d'une pièce d'identité ou attestation de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Règlement	<input type="checkbox"/> Chèques <input type="checkbox"/> Monnaie <input type="checkbox"/> Virement (date : .../...../)	
	<input type="checkbox"/> Pass'Sport numéro :	

Je soussigné accepte et m'engage à participer à la vie active du club en aidant bénévolement à minimum **2 manifestations** en plus des plateaux jeunes.

Fait à _____, le _____ Signature :

Pour les mineurs, signature des parents, précédée de la mention « Pour autorisation ».

En cas de problème de paiement, prendre impérativement contact avec un des membres du bureau.

Vos contacts :

Présidente	Lucie MULLER	moc.volleyball@gmail.com	06.73.73.97.81
Trésorier	Xavier GUNTZBURGER	guntzburgerx@gmail.com	06.46.77.68.90
Secrétaire	Carla MULLER	carla_estrella@hotmail.fr	06.79.04.84.13
Ecole de volley	Lucie MULLER	moc.volleyball@gmail.com	06.73.73.97.81

Association inscrite au registre du Tribunal d'Instance sous les références : VOLUME 37 FOLIO n°46 le 31 août 2000

