

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		NOMDUGSA	
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 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 type="checkbox"/> M TAILLE :	
<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 type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère PAYS _____ Code ISO: / / / /	
www.ffvolley.org    @ffvolley		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] : <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 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"/> 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, 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"/> 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'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 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.			

RENOUVELLEMENT DE LICENCE

MOC VOLLEY SAISON 2024/2025

Feuille 2/2



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

FR76 IBAN (International Bank Account Number)
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
certificat médical si questionnaire contient un « oui »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Certificat médical A avec simple surclassement pour un mineur qui joue dans une catégorie au-dessus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiche d'inscription ffbv	<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"/>
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

A GARDER CHEZ SOI

Questionnaire ADULTE SI un « OUI » IL FAUT UN CERTIFICAT MEDICAL

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

QUESTIONNAIRE MINEUR SI un « OUI » IL FAUT UN CERTIFICAT MEDICAL

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Turéponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille un garçon Ton âge : ans

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance desport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>