

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION SAISON 2018 /2019**

Nom : _____ Prénom : _____

Pièces à joindre impérativement au dossier d'inscription :

- Le formulaire de **demande de licence fédérale (FFVB) à compléter**
Pour les catégories jeunes (M7 à M17), le certificat médical et le simple surclassement sont obligatoires (à remplir sur la fiche FFVB par le médecin).
Pour les plus de 35 ans, un certificat spécifique est nécessaire. *(Téléchargeable sur le site du club)*
Si vous avez fourni un certificat médical il y a moins de 3 ans, veuillez à bien cocher la case prévue.
- La **cotisation** (voir tarifs ci-dessous) – Préciser le nom et l'année de naissance de l'adhérent au dos et l'équipe *(Il est possible de faire plusieurs chèques en précisant les dates d'encaissement)*.
- 1 photo d'identité** (avec nom et prénom au dos) obligatoire pour les nouveaux adhérents, le renouvellement de la photo est le bienvenu. La photo peut être prise sur fond clair avec un téléphone et envoyé par e-mail.
- 1 chèque de caution** de 30 € pour le prêt du maillot de match (détruit en fin de saison ou encaissé si le maillot est perdu ou abîmé (sauf M9 et M11)).
Pour les séniors le maillot est disponible à l'achat sur la boutique du club
- POUR LES MUTATIONS UNIQUEMENT (M17 à séniors)**, un chèque de caution déduit de votre cotisation 2019-2020 ou encaissé en cas de départ (les mutations engendrent des frais pour le club):
- 130€ pour les mutations nationales - 100€ pour les mutations régionales
- La photocopie d'une pièce d'identité recto-verso** (pour les nouveaux adhérents uniquement)
- Compléter en signant les **autorisation**s suivantes :
- Majeurs :**
OUI - NON : J'autorise le club à me photographier dans le cadre de la pratique du Volley Ball ou du Beach Volley. Les images pourront être utilisées pour promouvoir notre sport et sans but commercial. Les photographies pourront être retirées du site internet du club (acsc-volley95@hotmail.fr) sur demande.

Mineurs :Je soussigné père, mère, tuteur légal (*razer la mention inutile*) de l'enfant (nom et prénom) _____
_____ autorise :

OUI - NON : le club à photographier mon enfant dans le cadre de la pratique sportive. Les images pourront être utilisées pour promouvoir notre sport et sans but commercial. Les photographies pourront être retirées sur demande (acsc-volley95@hotmail.fr).

OUI - NON : le club ACSC Volley Ball à laisser mon enfant partir seul(e) du gymnase après son entraînement.

OUI - NON : les entraîneurs du club de l'ACSC Volley Ball et des parents bénévoles à accompagner notre enfant sur les lieux des compétitions en voiture personnelle.

OUI - NON : le responsable de l'équipe de volley-ball de Cormeilles en Paris de mon enfant à prendre toute décision relative à une intervention chirurgicale, après m'avoir contacté(e).

OUI - NON : mon enfant à sortir de l'établissement hospitalier qui lui a donné les soins, accompagné(e) et sous la responsabilité du responsable de l'équipe de volley-ball du club de Cormeilles en Paris

ATTENTION : Il peut arriver que la personne chargée de l'encadrement de la séance de votre enfant soit absent ou en retard. Il est possible qu'il n'ait pas eu le temps de vous en avertir et que le club ne puisse pas s'organiser pour assurer l'accueil des enfants. Pour éviter les soucis liés à cette absence, nous vous demandons de venir accompagner votre enfant jusque dans la salle et de ne le laisser qu'après vous être assuré de la présence de l'encadrant.

Nous avons pris connaissance des 5 autorisations et les avons remplies.

SIGNATURE DES PARENTS PRECEDEE DE LA MENTION « LU ET APPROUVE »

Fait à..... Le

BAREME DES COTISATIONS

Règlement : Par chèque à l'ordre de l'**ACSC Volley** ou par Coupons Sports ANCV (avec le nom et prénom du joueur au dos). La cotisation est due pleine et entière peu importe la date de prise de licence.

- **Seniors** né(e) en 1998 et antérieurement 220 €
- **M20** (Juniors) né(e) entre 1999 et 2001 195 €
- **M17** (Cadets) né(e) en 2002 et 2003 185 €
- **M15** (Minimes) né(e) en 2004 et 2005 175 €
- **M13** (Benjamins) né(e) en 2006 et 2007 145 €
- **M11** (Poussins) né(e) en 2008 et 2009 130 €
- **M9** (Ecole de volley) né(e) en 2010 et 2011 110 €
- **M7** (Baby volley) né(e) en 2012 110 €
- **Loisirs (Competlib et FSGT)** né(e) en 1998 et antérieurement 160 €

Tarif dégressif : 15 € de réduction à partir de la seconde inscription appartenant au même foyer.

Exemple : 1 frère M20 (195 €) et 1 sœur M15 (175€) -> 195+175-15 = 355 €

Informations

- Vous trouverez des informations tout au long de l'année sur le site du club : <http://www.cormeillesvolley95.fr/>
- Demandez à rejoindre la page Facebook privée du club « **ACSC Volley-Ball – Groupe Licenciés** », précisez votre équipe ou celle de votre enfant pour pouvoir être accepté. Ce groupe vous permettra d'avoir des informations plus spécifiques et de participer lors des différents événements du club.
- Pour mieux vous connaître : Comment êtes-vous venu au club de Cormeilles ?

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Club de la ville où j'habite | <input type="checkbox"/> Pour le haut niveau (équipe en nationale) |
| <input type="checkbox"/> Grâce à la Fête des sports (juin) | <input type="checkbox"/> Grâce au terrain de beach |
| <input type="checkbox"/> Grâce au salon des associations (septembre) | <input type="checkbox"/> Autre raison : |

- **Vous pouvez aider le club :**

L'association est éligible au don (déductible des impôts au titre de l'intérêt général).

Nous sommes à la recherche de sponsors pour améliorer notre formation (ballons, maillots, matériels divers...). Peut-être avez-vous dans vos connaissances des entrepreneurs désireux de se faire connaître à travers notre sport (affichage dans le gymnase, sur les maillots, lors des événements...) ?

N'hésitez pas à en parler au responsable de votre équipe qui transmettra aux personnes chargées du sponsoring. Merci d'avance de votre aide.

Date :

Signature de l'adhérent ou du représentant légal :

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 du 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 (obligatoire).**

- **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.

TYPE DE LICENCE ET OPTIONS	NOM DU GSA
Licence JOUEUR <input type="checkbox"/> COMPETITION VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> COMPETITION BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> COMPETITION PARA-VOLLEY SOURD <input type="checkbox"/> COMPETITION PARA-VOLLEY ASSIS <input type="checkbox"/> COMPET'LIB <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> PV Sourd <input type="checkbox"/> PV Assis	
Licence ENCADRANT <input type="checkbox"/> ENCADREMENT <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> Pass Bénévole	
Licence VPT <input type="checkbox"/> VOLLEY POUR TOUS <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> PV Sourd <input type="checkbox"/> PV Assis <input type="checkbox"/> Volley Santé	NUMERO DU GSA

TYPE DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) :		SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
<input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	NOM :		PRENOM :	
	TAILLE :		DATE DE NAISSANCE :/...../.....	
	NATIONALITE : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> AFR Assimilé Français <input type="checkbox"/> Etrangère (UE/Hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB (UE/Hors UE)			
	<input type="checkbox"/> ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB-UE-REG (UE)			
	ADRESSE :			
	CODE POSTAL :		VILLE :	
	TEL :		PORTABLE :	
	EMAIL :			

www.ffvolley.org

@ffvolley

CERTIFICAT MEDICAL
Je soussigné, Dr atteste que M / Mme ne présente aucune contre-indication à : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Beach Volley, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Volley Sourd, y compris en compétition <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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).
<input type="checkbox"/> Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document. <input type="checkbox"/> Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,36€ TTC). <input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : ++ Option A (5,02€ TTC) ou ++ Option B (8,36€ 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, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente. <input type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley. <input type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *
<i>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</i>

NOM, DATE ET SIGNATURE
Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

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 auxuels 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 Sirene 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 Cligny-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 « Assurances » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquiescer avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES/ DUREE :

La garantie prend effet le 1^{er} 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 reconstruit 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 : <ul style="list-style-type: none"> 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 1 ^{er} 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 1 ^{er} 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.**