



DOSSIER BABY VOLLEY NOUVEL ADHERENT

A.S. VOLLEY-BALL VELIZY / SAISON 2021-2022



ATTENTION : TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ

NOM : PRÉNOM : NÉ(E) LE : / /

ADRESSE : VILLE : CODE POSTAL :

TEL (mère) : TEL (père) :

MAIL (mère) : MAIL (père) :

LA COMMUNICATION INTERNE EST EFFECTUÉE VIA DES GROUPES WHATSAPP FERMÉS, VOS NUMÉROS SONT DONC IMPORTANTS.



Baby Volley

De 2016 à 2019

LISTE DES DOCUMENTS À FOURNIR

Fiche d'adhésion ASVV

remplie / datée / signée

Fiche licence FFVB

Remplir toutes les informations demandées

Formulaire QS Sport

Si 1 réponse = "oui" alors certificat médical obligatoire

CNI (recto / verso)

Photo d'identité⁺

MONTANTS DES COTISATIONS & MODES DE REGLEMENT

	COTISATION	EQUIPEMENTS	PRIX TOTAL
VELIZIEN ¹	100€	/	100€
NON VELIZIEN	115€	/	115€

¹ Prix « Vélizien » si l'adhérent est domicilié à Vélizy (joindre justificatif).



Chèque(s)¹
(4 maximum)



CB en ligne²
(lien ci-dessous)



Espèces



Coupon V.A.
Vélizy



Coupon Sport
Pass Sport

¹ À l'ordre de « ASVV »

² Sur le site <https://www.apayer.fr/VOLLEYVELIZY>. Imprimer le mail de confirmation et le joindre au dossier.

Réductions possibles (non cumulables):

► Réductions « famille » non additionnables :

– 2 adhérents : -20 euros / 3 adhérents : -25 euros / 4 adhérents : gratuité sur la cotisation la plus basse.

En m'inscrivant à l'ASVV, je reconnais adhérer sans réserve aux statuts et règlement intérieur du club et accepte d'être pris en photo dans le cadre des activités et pour la promotion de celui-ci.

En cas de désaccord, j'en informerai par écrit le club afin qu'aucune photo sur laquelle je figure ne soit publiée.

Date : / /

Signature de l'adhérent
obligatoire

Signature des parents
obligatoire

☐ Je souhaite un reçu de ma cotisation pour mon comité d'entreprise ou pour le chèque associatif

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

SAISON 2021/2022

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

TYPE DE LICENCE ET OPTIONS	NOM DU GSA
Licence JOUEUR COMPETITION ☐ VOLLEY-BALL ☐ BEACH.V. ☐ P.V. SOURD ☐ P.V. ASSIS ☐ SNOW V. COMPET'LIB ☐ VOLLEY-BALL ☐ BEACH VOLLEY ☐ PARA-V SOURD ☐ PARA-V ASSIS Licence ENCADREMENT ☐ ARBITRE ☐ EDUCATEUR SPORTIF ☐ SOIGNANT ☐ DIRIGEANT ☐ PASS BENEVOLE Licence VOLLEY POUR TOUS - VPT ☐ VOLLEY-BALL ☐ BEACH V. ☐ P.V. SOURD ☐ P.V. ASSIS ☐ Volley Santé ☐ SNOW V.	A.S. VOLLEY-BALL VELIZY
	NUMERO DU GSA

TYPE DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) : SEXE : ☐ F ☐ M TAILLE :
☐ CREATION ☐ RENOUELEMENT ☐ MUTATION NATIONALE ☐ MUTATION REGIONALE ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE	NOM D'USAGE : PRENOM : NOM DE NAISSANCE : DATE DE NAISSANCE : LIEU 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 : CP : VILLE : TEL : PORTABLE : EMAIL :

CERTIFICAT MEDICAL	SIMPLE SURCLASSEMENT
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 Sourd, y compris en compétition ☐ la pratique du Volley Assis, y compris en compétition ☐ la pratique du Snow Volley, y compris en compétition Fait le Signature et cachet du Médecin :	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
☐ 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). ☐ 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 0,57€ 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'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, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente. ☐ J'autorise la FFvolley à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley. ☐ J'autorise la FFvolley 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.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2021/2022

Les contrats et les notices d'informations sont consultables sur le site de la FFvolley : <http://www.ffvolley.org/la-ffvb/l-assurance/>

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 FFvolley. 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 FFvolley, rubrique « assurance ».

INDIVIDUELLE ACCIDENT : La FFvolley 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 FFvolley 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 FFvolley. 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 FFvolley 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 Sirène sous le n° 422 801 910.

Les contrats d'assurances ont été souscrit par l'intermédiaire d'Alliance Internationale d'Assurances et de Commerce (aiac courtage), 14 rue de Clichy 75009 Paris, Société de courtage d'assurance selon le b) de l'article L.520-1 du Code des assurances - SA au capital de 306 000 € - SIREN 784 199 291 - RCS Paris - N° ORIAS 07 005 935 www.orias.fr - Service réclamations AIAC, 14 rue de Clichy 75009 Paris - Reclamation@aiac.fr - Soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

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'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 jour de l'enregistrement de la licence auprès de la FFvolley et du règlement de la prime correspondante, et au plus tôt le 1^{er} Mai 2021.

Elle prend fin le jour où la licence FFvolley pour la saison en cours n'est plus valide.

Garantie Accident Corporel de base (0,57 € TTC)

	LICENCIES FFvolley	Franchise
DECES	10 000 €	Néant
FRAIS D'OBSQUES	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 reconstitue 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 : - 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 DENTAIRE 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 FFvolley 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 FFvolley (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.**



FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

L' AS Volley-Ball de Vélizy, association à but non lucratif de loi 1901 vit, organise la saison sportive et vous propose des événements (tournois, auberges ...) uniquement grâce à la participation active de ses bénévoles.

Si vous souhaitez participer à la vie du Club de quelque manière que ce soit, n'hésitez pas, vous êtes les bienvenu(e)s !

NOM : **PRENOM :**

EQUIPE :

Nous mettre en contact avec un sponsor / partenaire ✓ Si oui merci de nous indiquer les coordonnées ci-dessous :	OUI ☐ NON ☐
NOM & PRENOM DU CONTACT :	
ENTREPRISE :	
TEL : MAIL :	
Aide sur le tournoi de Juillet (1, 2 et 3 juillet 2022)	OUI ☐ NON ☐
Être formé(e) à l'arbitrage ou marquage	OUI ☐ NON ☐
❖ Arbitre (dès 15 ans)	OUI ☐ NON ☐
❖ Marqueur (dès 12 ans)	OUI ☐ NON ☐
Aide pour la buvette sur les matchs N3 & Coupe de France	OUI ☐ NON ☐

DONS A VOTRE ASSOCIATION

En plus de votre cotisation vous pouvez établir un don à votre club qui donne lieu à l'établissement d'un reçu fiscal. Grâce à celui-ci, vous obtenez un crédit d'impôt de 66% du montant total du don.

Exemple :

1. Je fais un don de **100€** qui donnera lieu à une déduction d'impôt de 66€
2. Coût réel après la déduction d'impôt : **34€**

Je fais un don à l'ASVV.

Ci-joint un chèque de € à l'ordre de l'ASVV en échange d'un reçu fiscal.