



## Inscription Saison 2021/2022

### Documents obligatoires à fournir :

- Fiche de renseignement VIBG complétée
- Bulletin d'adhésion individuel FFVB signé
- Certificat médical pour la pratique du volley en compétition (attention de respecter ce libellé pour le certificat médical sinon il sera refusé par la ligue)
- Cotisation (chèque à l'ordre de VIBG)
- Copie d'une pièce d'identité Recto / Verso
- Pour une première inscription : une photo d'identité

### Tarifs :

Le premier tarif concerne les joueurs résidants à Bois-Guillaume ou Isneauville, le deuxième s'applique aux personnes extérieures à ces deux communes.

	Bois-Guillaume ou Isneauville	Hors commune
Jeunes (< 20 ans)	130 €	140 €
Seniors (à partir de 20 ans)	175 €	185 €
Seniors (Etudiant ou Sans Emploi réduction de 20%)	140 €	148 €

Frais de mutation : + 35 €

Pour les catégories de 7 à 11 ans :

Une première partie de 65€ (70€ hors Bois-Guillaume et Isneauville) est réglée pour les 4 premiers mois d'activité. Si votre enfant souhaite poursuivre le volley-ball après cette première période, il ne vous restera que le solde à régler.

Nous rappelons que l'inscription à la section Volley-Ball en compétition implique de l'assiduité aux entraînements et aux matchs tout au long de la saison afin de respecter le travail et l'implication des entraîneurs, les membres de l'équipe dans laquelle vous vous êtes engagées en début de saison ainsi que le club qui s'efforce tout au long de l'année de vous faire pratiquer votre sport favori dans un environnement convivial et compétitif.



## Fiche de renseignements Saison 2021/2022 (et autorisation parentale pour les mineurs)

Les informations ci-dessous sont réservées à une utilisation strictement privée et ne peuvent en aucune manière être utilisées auprès de partenaires ou encore à des fins commerciales.

### INFORMATIONS SUR LE VOLLEYEUR :

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Adresse : .....  
..... Code postal : .....  
Ville : ..... Email : .....  
Téléphone : .....

Je souhaite participer aux tournois organisés le samedi et/ou participer à un championnat  
(compétition) :  OUI  NON

### INFORMATIONS SUR LES PARENTS ou REPRESENTANTS LEGAUX :

Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Email : .....  
Téléphone : .....

Je pourrai me rendre disponible pour accompagner les volleyeurs lors de leur tournoi : oui / non / ne sais pas

### Personne(s) à prévenir en cas d'accident

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : ..... Téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté : ..... Téléphone : .....

### Pour les licenciés mineurs :

Je soussigné(e) : .....

autorise mon fils - ma fille : .....

- ✓ à pratiquer le volley-ball dans le club de VIBG aux horaires d'entraînements prévus, et à participer aux compétitions dans lesquelles le club sera engagé.
- ✓ à prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements pour les compétitions sportives officielles ou tout autre événement organisé par le club

J'autorise VIBG à utiliser les photos groupées ou individuelles prises lors de compétitions ou d'entraînements.

J'autorise, par ailleurs, l'Association Sportive à prendre toute décision concernant une éventuelle hospitalisation de mon enfant, suite à un accident survenu lors de son activité en club, si la personne à prévenir ne peut être jointe.

Date : .....

Signature :






FFvolley

# 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 <b>COMPETITION</b> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH.V. <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> SNOW V. <b>COMPET'LIB</b> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V ASSIS  Licence ENCADREMENT <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE  Licence VOLLEY POUR TOUS - VPT <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH V. <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> Volley Santé <input type="checkbox"/> SNOW V.	Volleyball Isneauville Bois-Guillaume (VIBG)
	<b>NUMERO DU GSA</b> 0761487

TYPE 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	<b>NOM D'USAGE</b> : ..... <b>PRENOM</b> : ..... <b>NOM DE NAISSANCE</b> : ..... <b>DATE DE NAISSANCE</b> : ..... <b>LIEU DE NAISSANCE</b> : .....		
<b>www.ffvolley.org</b>    <b>@ffvolley</b>	<b>NATIONALITE</b> <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)		
	<b>ADRESSE</b> : ..... <b>CP</b> : ..... <b>VILLE</b> : ..... <b>TEL</b> : ..... <b>PORTABLE</b> : ..... <b>EMAIL</b> : .....		

CERTIFICAT MEDICAL	SIMPLE SURCLASSEMENT
Je soussigné, Dr ..... atteste que M / Mme ..... ne présente aucune contre-indication à : <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 <input type="checkbox"/> la pratique du Snow Volley, y compris en compétition  <b>Fait le .....</b> <b>Signature et cachet du Médecin :</b>	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.  <b>Fait le .....</b> <b>Signature et cachet du médecin :</b>

QUESTIONNAIRE DE SANTE
<input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé <a href="http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf">http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf</a> <input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire Relatif à l'Etat de Santé du Sportif mineur <a href="http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport_sportifs_mineurs.pdf">http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport_sportifs_mineurs.pdf</a>

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 0,57€ TTC). <input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : ++ <b>Option A (5,02€ TTC)</b> ou ++ <b>Option B (8,36€ TTC)</b> . <input type="checkbox"/> 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.

<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 *
---

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.

**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 Sirene 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](http://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<sup>er</sup> 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
<b>DECES</b>	10 000 €	Néant
<b>FRAIS D'OBSEQUES</b>	5 000 €	Néant
<b>INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE</b>	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)	
<b>FRAIS DE TRAITEMENT (1)</b>	125 % de la base de remboursement Sécurité Sociale	Néant
<b>BONUS SANTE</b>	Au-delà des prestations de base ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « <b>BONUS SANTE</b> » 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.  <b>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 :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux,</li> <li>prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,</li> <li>soins dentaires et optiques,</li> <li>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,</li> <li>frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles,</li> </ul> <b>et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.</b>	Néant
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>	100 %	Néant
<b>INDEMNITE HOSPITALISATION</b>	15 €/jour à compter du 1 <sup>er</sup> jour d'hospitalisation (dans la limite de 150 jours)	Néant
<b>SOINS DENTAIRES ET PROTHESES</b>	150 € par dent	Néant
<b>APPAREIL ORTHODONTIQUE</b>	80 € par accident	Néant
<b>OPTIQUE</b>	Lunettes : 200 € par accident (verre + monture) Lentilles non jetables : 100 € par lentille	Néant
<b>FRAIS DE TRANSPORT</b>		Néant
Frais de 1 <sup>er</sup> 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
<b>DECES</b>	10 000 €	20 000 €	Néant
<b>INVALIDITE PERMANENTE TOTALE</b>	10 000 €	20 000 €	Néant
<b>INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE</b>	10 000 € x taux d'invalidité	20 000 € x taux d'invalidité	Néant
<b>GARANTIE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE TRAITEMENT (2)</b>	500 € / accident	500 € / accident	Néant
<b>INDEMNITES JOURNALIERES (3)</b>		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.**

## À PARTIR DU 6 AOÛT

*(promulgation de la loi sanitaire)*

Pass sanitaire requis pour tous les adultes (+18ans) dans les espaces intérieurs et extérieurs des clubs\*

-----  
Quelle que soit la capacité d'accueil du club

*\*ces mesures ne s'appliquent pas aux salariés ni aux personnes indispensables au fonctionnement du club (bénévoles) ni aux mineurs*

## À PARTIR DE LA RENTRÉE (30 AOÛT)

Pass sanitaire requis pour tous les adultes (+18ans) sans exception, dans tous les établissements

## À PARTIR DU 30 SEPTEMBRE

Pass sanitaire requis pour tous les publics de +12ans sans exception dans tous les établissements

### LE PASS SANITAIRE C'EST QUOI ?

Un test négatif RT-PCR ou anti-génique de -72h

OU

Un certificat de vaccination avec un schéma vaccinal complet : 2 doses + 7 jours

OU

Un certificat de rétablissement du CO-VID-19 : test RT-PCR ou antigénique positif datant au moins de 11 Jours et de moins de 6 mois