

## AUTORISATION PARENTALE

Madame, Monsieur ..... autorise l'enfant ..... en tant que père, mère, tuteur (\*) à pratiquer le Volley-ball au sein du CJF VB pour la saison sportive 2018/2019.

Je m'engage à l'emmener aux différents entraînements ou manifestations le concernant et reconnait que ma responsabilité reste totalement engagée tant que l'adhérent mineur n'a pas été confié directement à un responsable du club pour la durée de l'activité.

J'autorise que mon enfant soit transporté dans les véhicules des accompagnateurs bénévoles.

## DROIT A L'IMAGE – AUTORISATION DE PUBLICATON

J'autorise/n'autorise pas(\*) la publication de photographies et prises de vues individuelles ou de groupe de moi-même/de mon enfant(\*) sur le site internet du CJF Volley-ball ou tout autre support.

(\*) Rayez la mention inutile.

## AUTORISATION PARENTALE POUR TOUTE FORME DE CONTROLE ANTIDOPAGE

J'accepte que mon enfant puisse faire l'objet d'un dépistage anti-dopage inopiné, demandé par les instances sportives ou sanitaires.

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

M. ou Mme .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

J'autorise le club, en cas d'accident de mon enfant à prendre toutes les mesures nécessaires, notamment de le transporter dans un établissement hospitalier.

Signature(s) à faire précéder de la mention « Lu et approuvé »

Le licencié

Le père

La mère

Le responsable légal

Dossier à transmettre le plus rapidement à mon entraîneur ou un responsable du club

CJF Volley-ball  
151 Rue Marcelin Berthelot  
45400 Fleury Les Aubrais

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter :

Sébastien Combettes

0612352986

Pièces à joindre :

- Attestation parentale jointe -18 ans
- Certificat médical d'aptitude à la pratique du Volley avec **Surclassement**
- Photocopie de la carte d'identité
- Règlement à l'ordre du CJF Volley-ball

**Veillez rendre votre dossier complet.**

### Tarifs des Licences 2018/2019 et dates de reprises des entrainements

Années de naissance	Catégories	Tarifs	Reprise Entraînement
1998 et avant	Senior	158€	Mardi 4 septembre 19h-20h30
1999, 2000 et 2001	M20	110€	Mardi 4 septembre 19h-20h30
2002 et 2003	M17	110€	Mardi 4 septembre (garçons) 19h-20h30 / Mercredi (septembre (filles) 17h30-19h30
2004 à 2007	M15 - M13	98€	Mercredi 5 septembre 17h30-19h30
2008 à 2011	M11 - M9	98€	Vendredi 7 septembre 18h-19h
2012 et après	M7	75€	Vendredi 7 septembre 18h-19h
Compét'lib		120€	Mardi 4 septembre 19h-20h30




**Les entrainements se font au gymnase Guy Moquet – rue des Fossés.**

Pour information, le prix de la licence comprend :

- La part FFVB + assurance
- La part Ligue
- La part Comité
- La cotisation au club

**René LEGUAY**  
Président CJF Volley

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

TYPE DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) : ..... SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M 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)
<input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	ADRESSE : ..... CODE POSTAL : .....      VILLE : ..... TEL : .....      PORTABLE : ..... EMAIL : .....
<b>www.ffvolley.org</b>    <b>@ffvolley</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 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 sur- classement 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 <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>

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 ( <b>valorisée à 0,36€ TTC</b> ). <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'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 * 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.