



# DOSSIER D'INSCRIPTION

SAISON 2021-22

Cadre réservé au Nice Volley Ball Beach

Equipe :

Renouvellement

Catégorie :

Création

Entraîneur :

Mutation

Saisi le :

Numéro de Licence :

Règlement :

Espèces

Coupons Sport

Chèque

## RENSEIGNEMENTS JOUEUR(SE) \*

NOM : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Nationalité : .....

Profession : .....

Etablissement scolaire : .....

Adresse : .....

Code Postal : .....

Ville : .....

Tél : .....

Email : .....

**Personne à prévenir en cas d'urgence** :

NOM : .....

TEL : .....

## DOCUMENTS A FOURNIR

- ❖ Photocopie d'une pièce d'identité recto/verso
- ❖ 1 photo d'identité récente
- ❖ Certificat médical – Pratique Beach volley en compétition

- ❖ Formulaire de licence FFVB complété et signé
- ❖ Paiement de la cotisation (*CHQ au Nice VB, espèces*)

## TARIFS COTISATIONS

**Beach Compétition Senior : 50€ (+ 40€ de mutation si autre club N-1)**

**Extension Beach Compétition : 10€ (si déjà une licence compétition indoor)**

**Beach Compétition Jeune : 25€**

**Loisir : 30€ - attention : impossibilité de jouer en tournois officiels : S3, S2, Série Mixtes**

**Licence événementielle Journée : 2€**

### NICE VOLLEY BALL

SIEGE SOCIAL: LE FRANCIA 11 BD. VICTOR HUGO 06000 NICE  
TELEPHONE 04 93 87 12 77 - TELECOPIE 04 93 82 55 91  
SITE : www.nicevolleyball.fr - EMAIL : secretariat@nicevolleyball.fr

| TYPE DE LICENCE ET OPTIONS   | NOM DUGSA     |
|--|---------------|
| Licence JOUEUR<br><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.<br><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<br><br>Licence ENCADREMENT<br><input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT<br><input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE<br><br>Licence VOLLEY POUR TOUS - VPT<br><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. |               |
|  | NUMERO DU GSA |

| TYPE DE DEMANDE  | N° DE LICENCE (si déjà licencié) : .....   | SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | TAILLE : ..... |
|--|--|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> CREATION<br><input type="checkbox"/> RENOUELEMENT<br><input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE<br><input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE<br><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"/> AFR Assimilé Français <input type="checkbox"/> Etrangère (UE/Hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB (UE/Hors UE)<br><input type="checkbox"/> ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB-UE-REG (UE) |  |                |
|  | ADRESSE : .....  |  |                |
|  | CP : .....   | VILLE : .....  |                |
|  | TEL : .....  | PORTABLE : .....   |                |
|  | EMAIL : .....  |  |                |

www.ffvolley.org



@ffvolley

| CERTIFICAT MEDICAL  | SIMPLE SURCLASSEMENT  |
|---|---|
| Je soussigné, Dr .....<br>atteste que M / Mme .....<br>ne présente aucune contre-indication à :<br><input type="checkbox"/> la pratique du Volley-Ball, y compris en compétition<br><input type="checkbox"/> la pratique du Beach Volley, y compris en compétition<br><input type="checkbox"/> la pratique du Volley Sourd, y compris en compétition<br><input type="checkbox"/> la pratique du Volley Assis, y compris en compétition<br><input type="checkbox"/> la pratique du Snow Volley, y compris en compétition<br><br>Fait le ..... Signature et cachet du Médecin : | Je soussigné, Dr .....<br>atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans<br>les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple sur-<br>classement dans le respect des règlements de la FFvolley.<br><br>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><br><input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire Relatif à l'Etat de Santé du Sportif mineur<br><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).<br><input type="checkbox"/> Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.<br><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).<br><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).<br><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.<br>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.<br><input type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley.<br><input type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *<br><br><small>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</small> |
|--|

| 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 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](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'OBSQUES</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 €.<br>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.<br><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 1er 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.**

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