



## ARGENTEUIL VOLLEY-BALL 95

### FICHE D'INSCRIPTION (SENIORS & + 18 ANS)

Saison 2019/2020

**Toute inscription est ferme et définitive, aucun remboursement ne pourra être effectué.**

<u>Nom*</u>	<u>Prénom*</u>		
<u>Date de Naissance*</u> : .....		<u>Sexe*</u> : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<u>Adresse*</u> : .....			
<u>Code Postal*</u> :	<u>Ville</u> : .....		
<u>Tel * Portable</u> : .....-.....-.....	Et/ou	<u>Domicile</u> : .....-.....-.....	
<u>Adresse email *</u> : .....			
* <b>champs à remplir obligatoirement en majuscule</b>			

Nouvel adhérent

Adhérent la saison dernière

#### **TENUE VESTIMENTAIRE** (indicatif) :

Taille : XS  S  M  L  XL  XXL

#### **Personne à contacter en cas d'accident : (Nom – Prénom & Téléphone)\* :**

..... Tel : 06..... / 01.....

Contre-indications médicales éventuelles : .....

D'autre part, je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association et accepte de me soumettre à toute forme de contrôle anti-dopage demandé par les instances fédérales.

Fait à : .....

Le.....

Signature :

#### **Je souhaite apporter un soutien actif au Club :**




- Je propose de participer aux activités du Club (organisation de festivités, confections de gâteaux, impressions documents,.....)
- Je peux mettre le Club en relation avec un ou plusieurs sponsors, partenaires ou mécènes.
- Je fais un don au Club, ci-joint mon chèque de ..... à l'ordre d'ARGENTEUIL VOLLEY BALL 95 (Ce don ouvre droit à une réduction d'impôt de 66 % du montant (article 200 du Code Général des Impôts).

Retrouvez et suivez nous sur :



<http://www.argenteuil-volley95.fr>

TYPE DE LICENCE ET OPTIONS	NOM DUGSA
Licence JOUEUR <b>COMPETITION</b> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V ASSIS <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 ENCADRANT <b>ENCADREMENT</b> <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> ENTRAINEUR <input type="checkbox"/> SOIGNANT <b>DIRIGEANT</b> <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE  Licence VOLLEY POUR TOUS - VPT <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V 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)	
<b>www.ffvolley.org</b>    <b>@ffvolley</b>	ADRESSE : ..... CODE POSTAL : ..... VILLE : ..... TEL : ..... PORTABLE : ..... EMAIL : .....	

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 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 <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 (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'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.

**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 auxquels 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](mailto: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<sup>er</sup> septembre 2019, 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 (0,57 € TTC)**

	LICENCIES FFVB	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 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"> <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 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
<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 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.

## 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.

## ARGENTEUIL VOLLEY-BALL 95

### TARIFS ET CATEGORIES SPORTIVES

(Adoptés par l'AG du 28 juin 2019)

Saison 2019/2020

Catégories		Jours et Horaires d'Entraînement *Sou réserve de modification	Tarif *Licence + Cotisation + Tenue
<b>SÉNIORS</b>	<b>SENIORS :</b> Né(e)s en 1999 & avant	Tous les soirs 20h-22h	<b>235€</b>
	<b>Loisirs</b> Né(e)s en 2002 & avant	Lundi & Jeudi 20h-22h	<b>165€</b>
<b>JEUNES</b>	<b>M20 F &amp; M:</b> Né(e)s en 2000-01-02	Mercredi & Vendredi 18h-20h	<b>205€</b>
	<b>M17 F:</b> Nées en 2003 & 2004	Mercredi & Vendredi 18h-20h	<b>205€</b>
	<b>M17-M15 M:</b> Nés en 2003 & 2004	Mercredi & Vendredi 18h-20h	<b>205 € M17M 190 € M15M</b>
	<b>M15 F :</b> Né(e)s en 2005 & 2006	Lundi & Mercredi & Vendredi 18h-20h	<b>190€</b>
	<b>M13 F:</b> Nées en 2007 & 2008	Mardi & Vendredi 18h-20h	<b>185€</b>
	<b>M13 M:</b> Nés en 2007 & 2008	Mardi & Jeudi 18h00-20h	<b>185€</b>
	<b>M11 F &amp; M :</b> Né(e)s en 2009 & 2010	Mardi & Jeudi 18h-19h30	<b>165€</b>
<b>ECOLE DE VOLLEY</b>	<b>M9 F &amp; M :</b> Né(e)s en 2011 & 2012	Mardi & Jeudi 18h-19h30	<b>165€</b>
	<b>BABY-VOLLEY ACCUEIL DÈS 3 ANS</b> <b>M7 F &amp; M. :</b> Né(e)s entre 2013 & 2016	Samedi 10h-11h30	<b>160€</b>

Si plusieurs personnes d'un même foyer s'inscrivent, une réduction de 10 % sera appliquée à partir de la seconde adhésion.

#### Le tarif comprend :

La licence sportive	L'adhésion à l'association ouvrant droit aux entraînements et/ou compétitions	L'assurance de base proposée par la FFVB,	L'équipement sportif ( <b>maillot</b> ) pour les compétitions.
---------------------	---	---	--



Vous trouverez ci-dessous les différentes aides dont vous pouvez bénéficier pour le paiement des cotisations.

#### **- Chèques vacances acceptés par le club**

#### **- Comité d'entreprise**

Si votre CE finance la pratique du sport, demandez nous une attestation d'inscription, nous vous la donnerons l'entraînement suivant.

#### **Pièces à fournir**

- ✓ La demande de licence complétée, datée et signée accompagnée du certificat médical rempli par le médecin
- ✓ La fiche de renseignements, dûment remplie datée et signée avec l'adresse mail bien lisible.
- ✓ Copie d'une pièce d'identité ou du livret de famille pour les nouveaux adhérents
- ✓ 1 photo d'identité
- ✓ Le montant de la cotisation (paiement fractionné possible en **4 fois Maximum**)
  - Chèque encaissé entre **le 5 & 10 du mois, le dernier au plus tard le 31/12/19** à l'ordre de : Argenteuil VB 95
- ✓ Pour toute mutation un chèque de caution de 110€ sera demandé.
  - Celui-ci ne sera pas encaissé si le joueur reste minimum 2 ans au club.

**Toute inscription est ferme et définitive, aucun remboursement ne pourra être effectué.**

Retrouvez et suivez nous sur :



Argenteuil Volley-Ball95

<http://www.argenteuil-volley95.fr>