

**ARGENTEUIL VOLLEY BALL 95**  
**FICHE D'INSCRIPTION — SAISON 2026 / 2027**

**INFORMATIONS GENERALES**

**Coordonnées**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Mail adhérent : \_\_\_\_\_

Téléphone adhérent : \_\_\_\_\_

Mail parent 1 : \_\_\_\_\_

Téléphone parent 1 : \_\_\_\_\_

Mail parent 2 : \_\_\_\_\_

Téléphone parent 2 : \_\_\_\_\_

**Cadre réservé au club**

Équipe : \_\_\_\_\_

Entraîneur : \_\_\_\_\_

**Catégories et cotisations**

| CATÉGORIE         |     | ANNÉE DE NAISSANCE  | COTISATION |
|-------------------|-----|---------------------|------------|
| BABY VOLLEY       |     | 2020-2021-2022-2023 | 150 €      |
| ECOLE DE VOLLEY : | M9  | 2018-2019           | 185 €      |
|                   | M11 | 2016-2017           | 185 €      |
| M13               |     | 2014-2015           | 205 €      |
| M15               |     | 2012-2013           | 210 €      |
| M18               |     | 2009-2010-2011      | 225 €      |
| M21               |     | 2006-2007-2008      | 225 €      |
| SENIORS           |     | 2005 et avant       | 255 €      |
| LOISIRS           |     | 2008 et avant       | 185 €      |

Le prix comprend : la licence sportive, l'adhésion à l'association ouvrant droit aux entraînements et/ou compétitions, l'assurance de base proposée par la FFVB.

Le club accepte le paiement en Chèques Vacances (ANCV) et coupon sport. Paiement fractionné possible en 4 fois maximum, dernier règlement en décembre.

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

# ARGENTEUIL VOLLEY BALL 95

## FICHE D'INSCRIPTION — SAISON 2026 / 2027

### Réductions

Famille nombreuse : réduction de 10 % à partir de la 2ème inscription au sein d'un même foyer (applicable sur les cotisations les moins chères).

Inscription sur deux catégories : la deuxième licence sera facturée 80 € (exemple : une licence compétition départementale + une licence loisirs = prix de la licence la plus élevée + 80 €).

Inscription en cours de saison : réduction de 50 € pour tout adhérent s'inscrivant après le 1er janvier 2027.

### Cadre réservé au bureau du club — mode de règlement

- ☐ Chèques ☐ Chèques Vacances ANCV \_\_\_\_ € ☐ Coupon sport / PASS Sport \_\_\_\_ €
- ☐ Espèces
- ☐ Virement

### Pièces à fournir

| MOINS DE 18 ANS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PLUS DE 18 ANS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 fiche d'inscription club<br><input type="checkbox"/> 1 formulaire de licence FFVB<br><input type="checkbox"/> 1 photocopie carte d'identité, livret de famille ou extrait de naissance<br><input type="checkbox"/> 1 photo<br><input type="checkbox"/> 1 cotisation<br><input type="checkbox"/> Certificat médical obligatoire (création, renouvellement, mutation) mentionnant COMPÉTITION et SURCLASSEMENT<br><input type="checkbox"/> 1 chèque de caution de 130 € (non encaissé si 2 ans minimum au club) | <input type="checkbox"/> 1 fiche d'inscription club<br><input type="checkbox"/> 1 formulaire de licence FFVB<br><input type="checkbox"/> 1 photocopie carte d'identité, passeport ou titre de séjour<br><input type="checkbox"/> 1 photo<br><input type="checkbox"/> 1 cotisation<br><input type="checkbox"/> Questionnaire de santé ; certificat médical si une réponse est négative |

### Note à l'attention des parents

Nous vous informons que la prise en charge de vos jeunes enfants sera assurée durant toute la séance. L'ouverture du gymnase ne pourra se faire avant le début de l'entraînement ; nous vous invitons donc à ne pas laisser vos enfants devant l'installation, car ils resteraient sans surveillance jusqu'à l'ouverture de la salle et l'arrivée de l'entraîneur. À la fin de l'entraînement, le club ne pourra être tenu responsable de la sortie de vos enfants en votre absence. En cas de retard exceptionnel, ils pourront attendre dans le gymnase, celui-ci restant ouvert.

### Soutien au club

Vous souhaitez soutenir le club pour ses valeurs, ses projets et son action dans la société. Les dons ouvrent droit à une réduction fiscale de 66 % du montant versé (art. 200 du CGI) et contribuent notamment à :

- Payer les engagements des équipes en compétition.
- Entretenir et renouveler les équipements et le matériel d'entraînement.
- Participer aux frais de formation des éducateurs et des arbitres.

Je souhaite apporter un soutien actif au club :

- ☐ Je propose de participer aux activités du club (festivités, confection de gâteaux, impression de 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

**ARGENTEUIL VOLLEY BALL 95**  
**FICHE D'INSCRIPTION — SAISON 2026 / 2027**

**AUTORISATIONS, DROIT A L'IMAGE, INFORMATIONS MEDICALES**

**Autorisation parentale (à compléter pour un adhérent mineur)**

Je soussigné(e) Mr, Mme (Nom, Prénom) : \_\_\_\_\_

autorise mon enfant à pratiquer le volley-ball au sein d'ARGENTEUIL VOLLEY BALL 95 et à le soumettre à toute forme de contrôle anti-dopage qui pourrait être demandé par les instances fédérales. Je déclare également avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association.

D'autre part, j'autorise :

☐ Oui ☐ Non — mon enfant à être transporté, pour les besoins des compétitions, dans le véhicule personnel de l'entraîneur ou de toute personne majeure sollicitée par ce dernier.

☐ Oui ☐ Non — mon enfant à être transporté à l'hôpital pour y subir une intervention jugée nécessaire par le corps médical.

**Droit à l'image**

L'AVB95 s'engage à ne faire aucune exploitation commerciale de votre image et à ne l'utiliser que dans le cadre de la promotion de ses événements (site internet, réseaux sociaux, presse, affiches, flyers...).

☐ J'autorise ☐ Je refuse

**Informations diverses — personnes à contacter en cas d'urgence**

Ces informations peuvent être nécessaires en cas d'urgence pendant les entraînements ou compétitions du club. Elles resteront confidentielles.

**Nom de la 1ère personne à contacter :** \_\_\_\_\_

**Lien de parenté avec l'adhérent :** \_\_\_\_\_

**Téléphone (portable / domicile / professionnel) :** \_\_\_\_\_

**Nom de la 2ème personne à contacter :** \_\_\_\_\_

**Lien de parenté avec l'adhérent :** \_\_\_\_\_

**Téléphone (portable / domicile / professionnel) :** \_\_\_\_\_

# ARGENTEUIL VOLLEY BALL 95

## FICHE D'INSCRIPTION — SAISON 2026 / 2027

### Fiche médicale

Date de naissance de l'adhérent : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

État médical / physique nécessitant une attention particulière : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il besoin d'un des traitements suivants ?

Epipen : ☐ Oui ☐ Non

Inhalateur : ☐ Oui ☐ Non

Autre traitement (type et heure d'administration) : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Dentiste : \_\_\_\_\_

Téléphone du dentiste : \_\_\_\_\_

### Assurance maladie

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_

N° de groupe : \_\_\_\_\_

À l'attention de tout médecin ou centre hospitalier : par la présente, j'autorise la transmission des renseignements médicaux pertinents concernant mon enfant au personnel soignant approprié. En cas d'urgence, j'autorise le médecin ou le centre hospitalier à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'injections, d'une anesthésie et d'une intervention chirurgicale. En signant la présente, j'autorise le responsable présent lors de l'entraînement ou de la compétition à faire appel aux secours nécessaires.

### Contre-indications médicales éventuelles

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

### Signatures

| Responsable légal | Adhérent(e) |
|-------------------|-------------|
| Nom :             | Nom :       |
| Date :            | Date :      |
| Signature :       | Signature : |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS</b><br>Licence COMPETITION<br><b>EXTENSION</b> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> OUTDOOR <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> COMPET'LIB<br><br>Licence ENCADREMENT<br><b>EXTENSION</b> <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT<br><b>EXTENSION</b> <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE<br><br>Licence HORS COMPETITION <input type="checkbox"/> EXTENSION Loisirs<br><br>Licence TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois | <b>NOM DU GSA</b><br><br><br><b>NUMERO DU GSA</b><br><br>Niveau de Jeu pour la Licence Compétition Extension Volley-Ball<br><input type="checkbox"/> LNV <input type="checkbox"/> National <input type="checkbox"/> Régional/Départemental |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TYPES DE DEMANDE</b><br><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<br><br>Souhaitez-vous nous informer d'une situation de handicap ?<br>(Information facultative et confidentielle, uniquement utilisée pour vous accompagner dans votre pratique volley)<br><input type="checkbox"/> Handicap physique ou moteur<br><input type="checkbox"/> Handicap auditif<br><input type="checkbox"/> Autre situation : ..... | <b>N° DE LICENCE (si déjà licencié) :</b> ..... <b>SEXE :</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <b>TAILLE :</b> .....<br><b>NOM D'USAGE :</b> .....<br><b>PRENOM :</b> .....<br><b>NOM DE NAISSANCE :</b> .....<br><b>DATE DE NAISSANCE :</b> .....<br><b>LIEU DE NAISSANCE :</b> .....<br><b>NATIONALITE :</b> <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère <b>PAYS</b> ..... <b>Code ISO :</b> / / /<br><b>ADRESSE :</b> .....<br><b>CP :</b> ..... <b>VILLE :</b> .....<br><b>TEL :</b> ..... <b>PORTABLE :</b> .....<br><b>EMAIL* :</b> .....<br><small>* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel</small> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**SUIVI MEDICAL [OBLIGATOIRE - cocher l'une ou l'autre des cases]**  
 Pour toute licence hors Encadrement Extension Dirigeant et Pass Bénévole, je soussigné atteste sur l'honneur, soit :  
**Sportifs majeurs :**  
☐ avoir répondu NON, à tout le QS – FFvolley Majeurs ([http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley\\_qs\\_sport.pdf](http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport.pdf)).  
☐ avoir répondu OUI, à l'une des questions du QS – FFvolley Majeurs, et ainsi produire un certificat médical d'absence de contre indication (CMNCI) à la pratique du sport, le cas échéant en compétition, datant de moins de 6 mois. Celui-ci doit être joint à la demande de licence.  
**Sportifs mineurs :**  
☐ avoir répondu, conjointement avec le mineur, NON à tout le QS - Sport Mineurs ([http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley\\_qs\\_sport\\_sportifs\\_mineurs.pdf](http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_sportifs_mineurs.pdf)).  
☐ avoir répondu OUI, à l'une des questions du QS – FFvolley Mineurs, et ainsi produire un certificat médical d'absence de contre-indication (CMNCI) à la pratique du sport, le cas échéant en compétition, datant de moins de 6 mois. Celui-ci doit être joint à la demande de licence.

**CONTROLE D'HONORABILITE [OBLIGATOIRE POUR LA LICENCE ENCADREMENT]**  
 J'exerce les fonctions d'éducateur sportif, de juge, d'arbitre, d'exploitant d'Etablissement d'Activités Physiques et Sportives ou suis susceptible d'intervenir auprès de mineurs au sens des articles L.212-1 et L.322-1 du code du sport. A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la FFvolley aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L.212-9 du code du sport soit effectué.  
 Pour plus d'informations : [http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/licences/FFvolley\\_Fiche\\_Pratique\\_Control\\_Honorabilite.pdf](http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/licences/FFvolley_Fiche_Pratique_Control_Honorabilite.pdf)  
☐ J'ai compris, j'accepte ce contrôle et m'engage à ce que les informations transmises dans le cadre du présent formulaire soient exactes.

**AUTORISATION PARENTALE - PRELEVEMENT LORS D'UN CONTROLE ANTIDOPAGE [OBLIGATOIRE]**  
 En application des articles R.322-52 et R.232-67-18 du code du sport, je soussigné, (cocher l'une ou l'autre des deux cases), soit :  
☐ Autorise tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang, prélèvement de phanères), lors d'un contrôle antidopage sur le licencié mineur ou le majeur protégé, et/ou consent à ce que les échantillons prélevés lors de contrôles antidopage puissent faire l'objet d'analyses génétiques et à ce que les résultats soient enregistrés dans un traitement de données à caractère personnel conformément aux modalités prévues à l'annexe II-2 (Art. R.232-67-18)  
☐ Reconnais être informé que l'absence d'autorisation parentale ou l'absence de consentement aux analyses génétiques susmentionnées est constitutive d'un refus de se soumettre à ce contrôle et est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires à son égard

**INFORMATIONS - ASSURANCES [OBLIGATOIRE]**  
 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), (cocher l'une ou l'autre des cases), soit :  
☐ Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document et décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base valorisée à 0,66€ TTC.  
☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :  
                                  ++ **Option A (5,33€ TTC)** ou ++ **Option B (9,88€ TTC)**.  
☐ 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.

☐ J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, OUTDOOR, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente ou la présente saison.  
☐ J'atteste ne pas avoir été licencié auprès d'une autre fédération ou université, en volley-ball, lors de la saison précédente ou la présente saison.  
☐ Je ne souhaite pas recevoir d'informations commerciales de la part de la FFvolley relatives à ses activités.  
☐ J'accepte de recevoir des communications et offres de la part de la FFvolley à propos de ses partenaires.  
La Fédération Française de Volley (FFVolley - responsable du traitement) traite vos données personnelles dans le cadre de la gestion de votre licence sur la base de l'exécution de la mission de service public déléguée à la FFVolley. Vos données peuvent être communiquées aux personnes en charge au sein de la FFVolley, ses prestataires techniques, son assureur, ainsi que le cas échéant aux organisateurs de compétitions officielles, aux instances internationales du volley. En application des articles 39 et suivant de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de mise à jour de vos données personnelles. Si vous souhaitez exercer ce droit et/ou obtenir la communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Délégué à la Protection des Données (DPD) de la FFvolley par mail ([protectiondesdonnees@ffvb.org](mailto:protectiondesdonnees@ffvb.org)) ou par courrier au 2-4 Rue des Sarrazins 94000 CRETEIL.

**NOM, DATE ET SIGNATURE [OBLIGATOIRES]**  
 Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

# INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2026/2027

Les contrats sont consultables sur le site de la FFvolley : <http://www.ffvb.org/la-ffvb/-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 MAIF 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 la MAIF, société d'assurance mutuelle à cotisation variables, CS 90000- 79038 Niort cedex 9.

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 306.000 € - SIREN 784 199 291 – RCS PARIS – N° immatriculation ORIAS 07 005 935- Service réclamation : 14 rue de Clichy-75009 PARIS - [reclamation@aiaac.fr](mailto:reclamation@aiaac.fr) – soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest, CS92459, 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.

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

## Garantie Accident Corporel de base (0.66 € TTC)

|                                                           | LICENCIES FFvolley                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Franchise |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| DECES                                                     | 10 000 €                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Néant     |
| FRAIS D'OBSÈQUES                                          | 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 « <b>BONUS SANTE</b> » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1.500 €. <p>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.</p> <p><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></p> <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> <p><b>et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.</b></p> | Néant     |
| FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER                            | 100 %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Néant     |
| INDEMNITE HOSPITALISATION                                 | 15 €/jour à compter du 1 <sup>er</sup> jour d'hospitalisation (dans la limite de 150 jours)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Néant     |
| SOINS DENTAIRES 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 <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 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                     | OPTION B                            | 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 (1) | 500 € / accident             | 500 € / accident                    | Néant     |
| INDEMNITES JOURNALIERES (2)                     |                              | 30 € par jour (maximum : 365 jours) | 10 jours  |

(1) 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.

(2) Lorsque l'assuré a été en incapacité temporaire totale de travail suite à un accident, la MAIF 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 7/24: appelez depuis l'étranger le +33.5.49.77.47.78 - depuis la France : 0800.875.875  
contrat MAIF n° 3087988J - **Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable de MAIF Assistance.**

## QUESTIONNAIRE DE SANTE - FFvolley Majeurs

En complément de ce questionnaire de santé « FFvolley Majeurs », dans le cadre de sa mission réglementaire de surveillance médicale des licenciés, la FFvolley vous incite fortement à effectuer une consultation médicale avec un médecin du sport :

- tous les 3 ans entre 12 et 25 ans, pour notamment la réalisation d'un électrocardiogramme (ECG) de repos.
- A partir de 35 - 40 ans une consultation annuelle avec votre médecin traitant pour évaluation du risque cardiovasculaire est conseillée.

Ces recommandations sont basées sur la position commune du club des cardiologues du sport dont les 10 règles d'or sont les suivantes :

[https://www.clubcardiosport.com/sites/www.clubcardiosport.com/files/inline-files/CCS%20affiche\\_regles\\_d\\_or\\_HD%20.pdf](https://www.clubcardiosport.com/sites/www.clubcardiosport.com/files/inline-files/CCS%20affiche_regles_d_or_HD%20.pdf) »

| QUESTIONS                                                                                                                                                                                                              | 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"/> C | <input type="checkbox"/> C |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?                                                                                                      | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> C |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme)                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> C |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> C |
| 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"/> C | <input type="checkbox"/> C |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?                                                                                                    | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> C |
| <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"/> C | <input type="checkbox"/> C |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> C |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> C | <input type="checkbox"/> C |