



FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE CLUB JEUNES

SAISON _____ / _____

FFVB – 17 rue Georges Clemenceau – 94607 CHOISY LE ROI Cedex
Tel : +33(0)1.58.42.22.22 – Fax : +33(0)1.58.42.22.32 – Courriel : ffvb@ffvb.org



TYPE DE DEMANDE DE LICENCE
<input type="checkbox"/> CREATION
<input type="checkbox"/> RENOUELEMENT
<input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE
<input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE

TYPE DE LICENCE	
<input type="checkbox"/> COMPETITION VOLLEY-BALL	<input type="checkbox"/> COMPETITION BEACH VOLLEY
<input type="checkbox"/> COMPET'LIB	<input type="checkbox"/> DIRIGEANT - ENCADREMENT

Un seul type de licence par formulaire

N° GROUPEMENT SPORTIF

DATE D'ARRIVEE
LIGUE _____
FFVB _____

CLUB PARRAIN : _____	NUMERO DE LICENCE : _____
----------------------	---------------------------

DATE DE NAISSANCE	TAILLE
__ / __ / __	_____ cm

CIVILITE
<input type="checkbox"/> MONSIEUR <input type="checkbox"/> MADAME

NATIONALITE	
<input type="checkbox"/> FRA - Français	<input type="checkbox"/> UE – Union Européenne
<input type="checkbox"/> AFR – Assimilé Français	<input type="checkbox"/> ETR - Etranger
	<input type="checkbox"/> R – Etranger Ligue

NOM	_____
PRENOM	_____
TEL	_____
Portable	_____
Courriel	_____

J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le volley-ball.

Adresse	_____

CP+Ville	_____

J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires
Loi Informatique et Libertés : Les informations recueillies dans le présent document sont nécessaires au traitement de votre adhésion. Conformément à la Loi 78-17 du 06/01/1978, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant qui figurerait dans tout fichier à usage de la Compagnie, ses mandataires, réassureurs, et organismes professionnels ainsi que ceux des intermédiaires. Ce droit peut être exercé auprès de votre club.

J'atteste ne pas avoir été licencié « Compétition VB» dans un autre Groupement Sportif français lors de la saison précédente.

J'atteste ne pas avoir établi de licence FFVB pour la présente saison, pour un autre Groupement Sportif français ou étranger.

CERTIFICAT MEDICAL
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 Sourds, y compris en compétition
<input type="checkbox"/> la pratique du Volley Assis, y compris en compétition
Fait le _____ Signature et cachet du Médecin :

SIMPLE SURCLASSEMENT
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 FFVB.
Fait le _____ Signature et cachet du médecin :