# FORMULAIRE LICENCE – SAISON 2026/2027

***Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club avant toute saisie de licence***

## TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS

Licence COMPETITION

**EXTENSION** ☐ VOLLEY-BALL ☐ OUTDOOR ☐ P.V. SOURD ☐ P.V. ASSIS ☐ COMPET'LIB

Licence ENCADREMENT

**EXTENSION** ☐ ARBITRE ☐ EDUCATEUR SPORTIF ☐ SOIGNANT

**EXTENSION** ☐ DIRIGEANT ☐ PASS BENEVOLE

Licence HORS COMPETITION ☐ EXTENSION Loisirs

Licence TEMPORAIRE ☐ Validité 1 Mois ☐ Validité 3 Mois

## NOM DU GSA

**FOYER RURAL DE GER**

## NUMERO DU GSA

**0649575**

Niveau de Jeu pour la Licence Compétition Extension Volley-Ball

☐ LNV ☐ National ☐ Régional/Départemental

## TYPES DE DEMANDE

☐ CREATION
☐ RENOUVELLEMENT
☐ MUTATION NATIONALE
☐ MUTATION REGIONALE
☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE

Souhaitez-vous nous informer d'une situation de handicap ?
(Information facultative et confidentielle _ uniquement utilisée pour vous accompagner dans votre pratique volley)
☐ Handicap physique ou moteur
☐ Handicap auditif
☐ Autre situation : .....

**N° DE LICENCE (si déjà licencié)** : ..... **SEXE** : ☐ F ☐ M **TAILLE** :.....

**NOM D'USAGE** : .....

**PRENOM** : .....

**NOM DE NAISSANCE** : .....

**DATE DE NAISSANCE** : .....

**LIEU DE NAISSANCE** : .....

**NATIONALITE** : ☐ Française ☐ Etrangère PAYS _____ Code ISO: /__/__/__/

**ADRESSE** : .....

**CP** :..... **VILLE** : .....

**TEL** :..... **PORTABLE** : .....

**EMAIL*** : .....

* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel

## 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).

☐ 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).

☐ 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_Controle_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) 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/l-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@aiac.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'acquitter 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'OBSEQUES** | 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 « BONUS SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1.500 €.<br><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><br>**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 :**<br>• dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux,<br>• prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,<br>• soins dentaires et optiques,<br>• 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,<br>• frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles,<br>**et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.** | Néant |
| **FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER** | 100 % | Néant |
| **INDEMNITE HOSPITALISATION** | 15 €/jour à compter du 1er 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 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 | 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**.