



# DOSSIER D'INSCRIPTION

SAISON 2019 / 2020

**Cadre réservé au Nice Volley Ball**

- Renouvellement  
 Création  
 Mutation

Numéro de Licence :

Règlement :       Espèces       Coupons Sport       Chèque

Equipe :

Catégorie :

Entraîneur :

Saisi le :

## RENSEIGNEMENTS JOUEUR(SE) \*

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de Naissance : ..... / ..... / ..... Nationalité : .....  
Profession : ..... Etablissement scolaire : .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Tél Dom : ..... Tél Mobile : .....  
Email (en majuscules) : ..... @ .....

**Nom de ton Club en 2018/2019 :** .....

**Personne à prévenir en cas d'urgence :**      NOM : .....  
Tél : .....

Es-tu intéressé(e) par des formations sur :

Les tables de Marque :  Oui       Non      L'arbitrage :  Oui       Non

**Es-tu intéressé(e) pour être ramasseur de balles lors des matchs pro :**

**Venez soutenir votre équipe Pro lors des matchs à domicile**

\* Renseignements obligatoires

### NICE VOLLEY BALL

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

## RENSEIGNEMENTS PARENTS (pour les mineurs)

### Père

### Mère

NOM \* .....  
Prénom \* .....  
Adresse \* .....  
(si différente) .....  
Tél Mobile \* .....  
Tél Dom .....  
Email \* .....  
Profession : .....  
Lieu : .....

\* Renseignements obligatoires. Merci d'écrire lisiblement afin que nous ne fassions pas d'erreur.

### LE VOLLEY EST UN SPORT COLLECTIF.

**En début de saison nous inscrivons des équipes dans les différents championnats afin de donner du temps de jeu à vos enfants pour qu'ils puissent progresser en faisant de la compétition.**

**De ce fait en prenant la licence pour votre enfant, vous vous engagez à ce que celui-ci participe à un maximum de matchs auxquels il sera convoqué par son entraîneur et vous vous engagez à l'amener sur le lieu de la compétition.**

**Si vous ne le faites pas, vous pénalisez votre enfant, et ses partenaires. Nous comptons sur votre compréhension.**

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), M. / Mme..... autorise mon enfant ..... :

- A pratiquer le volley-ball au sein du Nice Volley Ball, à suivre les entraînements, les compétitions, les stages ainsi que toutes les activités et déplacements organisés par le club au cours de la saison sportive.

J'autorise le Club ou l'Entraîneur :

- A prendre les mesures médicales adéquates dans le cas d'un accident sportif (et si la personne responsable n'est pas joignable),
- A présenter mon enfant aux sélections départementales et régionales,
- A prendre des photos ou vidéos de mon enfant dans le cadre de l'animation du site internet du club et/ou pour des articles de presse (Nice Matin)

***NB** : Le club n'est pas responsable des joueurs en dehors des horaires d'entraînements et des matchs. Vous devez donc vous assurer de la présence de l'entraîneur.*

*Toute attitude non-conforme à l'éthique sportive ou irrespectueuse de la part du joueur (ou des parents) sera sanctionnée.*

Signature (parents ou responsable légal)  
Précédée de la mention « Lu et approuvé »

### NICE VOLLEY BALL

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

## DOCUMENTS A FOURNIR

- ❖ **Dossier d'inscription du Nice Volley Ball**
- ❖ **Photocopie d'une pièce d'identité recto/verso**
- ❖ **1 photo d'identité récente** (inscrire le nom au dos)
- ❖ **Formulaire de licence FFVB complété et signé :**
  - Faire remplir la partie certificat médical par votre médecin y compris la case « simple sur-classement » si votre enfant n'a pas de soucis de santé
  - Dater et Signer sur la page 1, dans le cadre réservé au licencié
  - Cocher l'assurance voulue en joignant le règlement correspondant, si vous optez pour une option
- ❖ **Certificat médical FFVB SENIOR :**  
Pour les joueurs de plus de 35 Ans, Remplir la Fiche Médical Senior +
- ❖ **Paiement de la cotisation** (*chèque à l'ordre de Nice Volley Ball, espèces ou coupons-sport*)

## AIDE FINANCIERE DE LA VILLE DE NICE

**IMPORTANT :** Vous êtes domicilié à Nice et votre enfant licencié a entre 6 et 18 ans, vous avez droit à une aide financière de la Ville de Nice !



VILLE DE NICE  
[www.nice.fr](http://www.nice.fr)

- 1 – **POUR QUI ?** La Ville de Nice a mis en place une politique d'aide et de soutien au sport pour les **jeunes sportifs licenciés Niçois de 6 à 18 ans, domiciliés à Nice.**
- 2 – **COMMENT EN BENEFICIER ?** **Se rendre au Service des Sports à Jean Bouin**
  - Une attestation à faire remplir par le club (A télécharger sur le portail des sports de la ville de Nice)
  - Un justificatif de domicile (facture de téléphone ou EDF...)
  - Copie de l'Allocation Rentrée Scolaire
- 3 – **QUEL MONTANT ?**
  - Enfant bénéficiant de l'ARS => 40€ remboursés
  - Cotisation réglée au club > 150€ => 20€ remboursés
  - Cotisation réglée au club < 150€ => 10€ remboursés

*Attention : ces sommes ne sont pas cumulables*

### NICE VOLLEY BALL

SIÈGE SOCIAL: LE FRANCIA 11 BD. VICTOR HUGO 06000 NICE  
TELEPHONE 04 93 87 12 77 - TELECOPIE 04 93 82 55 91  
SITE : [www.nicevolleyball.fr](http://www.nicevolleyball.fr) - EMAIL : [secretariat@nicevolleyball.fr](mailto:secretariat@nicevolleyball.fr)

## TARIFS COTISATIONS

Pour le montant de votre cotisation, merci de vous référer à votre année de naissance

	M7 / M9 / M11 / M13	M 15 / M 17	M 20 / SENIORS	Loisirs Compétition	Loisirs sans compétitions
<b>Création/Renouvellement</b>	190 €	220 €	220 € * + mutation	220 €	190 €
<b>Equipement Match (maillot + short)</b>	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	
<b>TOTAL</b>	<b>190 €</b>	<b>220 €</b>	<b>220 €</b>	<b>220 €</b>	<b>190€</b>
<b>Option Beach-volley</b>	<b>+ 10€</b>				

\* Si licencié (e) dans un autre club l'année dernière uniquement (2018/2019) – Renseignements tarif auprès de l'entraîneur

Pour les enfants des catégories Ecole de Volley à M13, un stage de 2 heures sur 5 jours durant les vacances de Toussaint est inclus dans le prix de la licence.

**Afin d'obtenir votre licence, et de pouvoir jouer dès que les championnats commenceront, merci de rapporter rapidement votre dossier complet à votre entraîneur.**

**Tout dossier incomplet sera refusé.**

CATEGORIE	ANNEE
M7	2013 et après
M9	2011 – 2012
M11	2009 – 2010
M13	2007 – 2008
M15	2005 – 2006
M17	2003 – 2004
M20	2000 – 2001 – 2002
SENIORS	1999 et avant

### NICE VOLLEY BALL

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



FFvolley

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

## SAISON 2019/2020

Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

<p align="center"><b>TYPE DE LICENCE ET OPTIONS</b></p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p align="center"><b>NOMDUGSA</b></p>    <p align="center"><b>NUMERO DU GSA</b></p>
--	---

<p align="center"><b>TYPE DE DEMANDE</b></p> <p><input type="checkbox"/> CREATION  <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT  <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE  <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE  <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE</p>	<p>N° DE LICENCE (si déjà licencié) : ..... SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>NOM : ..... PRENOM : .....</p> <p>TAILLE : ..... DATE DE NAISSANCE : .....</p> <p>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)</p> <p>ADRESSE : .....</p> <p>CODE POSTAL : ..... VILLE : .....</p> <p>TEL : ..... PORTABLE : .....</p> <p>EMAIL : .....</p>
--	---

<p align="center"><b>CERTIFICAT MEDICAL</b></p> <p>Je soussigné, Dr .....  atteste que M / Mme .....  ne présente aucune contre-indication à :</p> <p><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</p> <p>Fait le ..... Signature et cachet du Médecin :</p>	<p align="center"><b>SIMPLE SURCLASSEMENT</b></p> <p>Je soussigné, Dr .....  atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans  les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple sur-  classement dans le respect des règlements de la FFvolley.</p> <p>Fait le ..... Signature et cachet du médecin :</p>
---	--

**QUESTIONNAIRE DE SANTE**

J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé [http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs\\_sport.pdf](http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf)

**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).

Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.  
 Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,57€ TTC).  
 Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :  
++Option A (5,02€ TTC) ou ++Option B (8,36€ 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, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.  
 J'autorise la FFvolley à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley.  
 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 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 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 reconstitue en cas d'accident ultérieur.  <b>L'assuré pourra disposer de ce Bonus pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux,</li> <li>prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,</li> <li>soins dentaires et optiques,</li> <li>en cas d'hospitalisation : la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) // si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet,</li> <li>frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles,</li> </ul> <b>et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.</b>	Néant
<b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b>	100 %	Néant
<b>INDEMNITE HOSPITALISATION</b>	15 €/jour à compter du 1 <sup>er</sup> jour d'hospitalisation (dans la limite de 150 jours)	Néant
<b>SOINS DENTAIRES ET PROTHESES</b>	150 € par dent	Néant
<b>APPAREIL ORTHODONTIQUE</b>	80 € par accident	Néant
<b>OPTIQUE</b>	Lunettes : 200 € par accident (verre + monture) Lentilles non jetables : 100 € par lentille	Néant
<b>FRAIS DE TRANSPORT</b>		Néant
Frais de 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 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.**