



DOSSIER INSCRIPTION SAISON 2023-2024

Catégories d'âge

SENIORS Né(e) en 2002 et avant	M21 Né(e) en 2003 / 2004 / 2005	M18 Né(e) en 2006 / 2007 / 2008	M15 Né(e) en 2009 / 2010
M13 Né(e) en 2011 / 2012	M11 Né(e) en 2013 / 2014	M9 Né(e) en 2015 / 2016	

Le dossier d'inscription doit impérativement comprendre

- ☐ La demande d'adhésion ci-jointe remplie, datée et signée
- ☐ Une photo d'identité
- ☐ Le règlement de la cotisation (chèque à l'ordre de Garches Vaucresson Volley-Ball)
- ☐ Le formulaire officiel de demande licence incluant le certificat médical
- ☐ Pour les mineurs, une autorisation du représentant légal (à remplir au verso de la demande d'adhésion)
- ☐ Photocopie d'une pièce d'identité pour les nouveaux adhérents

Vous avez la possibilité de régler en plusieurs fois. Dans ce cas, merci de fournir vos chèques le jour de l'inscription et de préciser les dates d'encaissement. Une remise de 15 € est applicable sur la cotisation des membres d'une même famille à partir du 2^{ème}.

Tarif 2023-2024 avec une réduction de 10 € pour les habitants de Garches et Vaucresson :

	<u>avec réduction</u>	<u>sans réduction</u>
M9 / M11 / M13 / M15 / M18 / M21	155 €	165 €
Seniors Loisir dimanche matin	125 €	135 €
Seniors Loisir et Loisir Compétition	155 €	165 €
Seniors Compétition	175 €	185 €
Participation aux frais de mutation		80 €
Tenue club		25€

La tenue du club est obligatoire pour les joueurs/joueuses engagés dans une équipe en compétition.

Nous vous demandons de rendre impérativement votre dossier d'inscription COMPLET avant la fin du mois de Septembre 2023.

Pour tous renseignements complémentaires, prendre contact avec l'un des membres du bureau.

Lionel BERTIN ☎ 06 09 21 87 91 lionel.gvzb@gmail.com	Christelle MAZZUCHELLI ☎ 06 07 47 35 28 cmazzuchelli@gmail.com	Michel MEYNARD ☎ 06 42 06 24 01 michel.meynard@sfr.fr	Benoit ROUSSEAU ☎ 06 80 85 02 37 benrousseau@orange.fr
--	---	---	--

HORAIRES SAISON 2023-2024

Jeunes

Mardi	17h à 18h30	Garches	Le Rallec	M9 / M11
Mardi	18h30 à 20h15	Garches	Le Rallec	M13 / M15
Mercredi	18h30 à 20h30	Garches	Le Rallec	M13 / M15 Sous réserve
Vendredi	18h30 à 20h30	Garches	Y. Bodin (Les Meuries)	M18 / M21
Samedi	15h à 18h	Garches	Le Rallec	M13 / M15 Si compétitions

Seniors Loisirs Mixte

Lundi	20h à 22h30	Vaucresson	Yves du Manoir	Loisirs Compétition
Mardi	20h15 à 22h30	Garches	Le Rallec	Loisirs
Jeudi	20h à 22h30	Vaucresson	Yves du Manoir	Loisirs Compétition
Vendredi	20h30 à 22h30	Garches	Y. Bodin (Les Meuries)	Loisirs
Dimanche	10h30 à 13h	Garches	Y. Bodin (Les Meuries)	Jeu libre

Seniors Compétition Féminines

Mercredi	20h à 22h30	Garches	Y. Bodin (Les Meuries)	Féminines
Vendredi	20h30 à 22h30	Garches	Y. Bodin (Les Meuries)	Féminines
Dimanche	13h à 18h	Garches	Y. Bodin (Les Meuries)	Compétition

**Tous les entraînements sont à confirmer à la mi-septembre,
fonction du nombre d'inscrits par catégorie**



DEMANDE ADHESION SAISON 2023-2024

N° de Licence : _____

Date d'enregistrement : ____ / ____ / ____

☐ Renouvellement

☐ Création

☐ Mutation

☐ Civile

☐ Loisir

☐ Commande tenue (préciser taille)

Règlement : Banque

Chèque n°

Montant

Date

Pass +

Coupon Sport

Chèques Vacances

☐ Certificat médical FFVB (précisant si besoin l'autorisation de compétition et/ou surclassement)

☐ Formulaire officiel de demande de licences

☐ Une photo d'identité

☐ Une photocopie d'un justificatif d'identité pour les nouveaux adhérents

☐ Je souhaite recevoir un reçu de ma cotisation pour mon Comité d'Entreprise

Mes coordonnées peuvent figurer sur le site Internet du Club : ☐ oui ☐ non

Je soussigné(e),

M., Mme, Mlle (rayer les mentions inutiles) :

Nom (en Majuscules) : _____

Prénom : _____

Nationalité : _____

Taille (S à XXL) : _____

Date de Naissance : _____

Catégorie : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Portable : _____

Email (celui d'un parent pour les mineurs) : _____

Personne à prévenir en cas d'urgence : _____ Téléphone : _____

Je désire pratiquer le volley-ball au sein de l'association GVVB et m'engage à respecter les statuts et prendre soin des équipements qui me seraient confiés, afin de les restituer en bon état en fin de saison.

A _____, le _____

Signature

FICHE ADHESION SAISON 2023/2024

ASSURANCE

Vous serez automatiquement couvert par une assurance complémentaire à celle de la sécurité sociale dans un délai de 15 jours à compter de la prise de licence, conditionnée par le règlement de votre cotisation, la signature de votre fiche d'adhésion et la remise de votre certificat médical.

AUTORISATION DES PARENTS POUR LES MINEURS

Je soussigné (e), _____, représentant légal
autorise **mon fils :** _____
 ma fille : _____

à pratiquer le volley-ball au sein de l'association sportive GVVB.

Dans le cas d'un traumatisme jugé grave par l'un des entraîneurs ou l'un des membres du bureau directeur, j'autorise ce dernier à faire transporter mon enfant à l'hôpital le plus proche.

☐ **Oui** ☐ **Non**

J'autorise l'association sportive GVVB à publier sur son site internet des photos sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître.

☐ **Oui** ☐ **Non**

J'autorise mon enfant à quitter les gymnases de Garches ou Vaucresson par ses propres moyens à l'issue des entraînements ou des compétitions, sans attendre ma présence.

☐ **Oui** ☐ **Non**

A _____, le _____

Signature

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

SAISON 2023/2024

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

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS	NOMDUGSA
Licence COMPETITION EXTENSION ☐ VOLLEY-BALL ☐ OUTDOOR ☐ P.V. SOURD ☐ P.V. ASSIS ☐ COMPET'LIB	GARCHES VAUCRESSON VOLLEY BALL
Licence ENCADREMENT EXTENSION AVEC Certif.Médical ☐ ARBITRE ☐ EDUCATEUR SPORTIF ☐ SOIGNANT EXTENSION SANS CM ☐ DIRIGEANT ☐ PASS BENEVOLE	
Licence HORS COMPETITION ☐ EXTENSION Volley Pour Tous	
Licence TEMPORAIRE ☐ Validité 1 Mois ☐ Validité 3 Mois Réservée aux non-licenciés, Certificat Médical obligatoire	NUMERO DU GSA 0928528

TYPES DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) :	SEXE : ☐ F ☐ M	TAILLE :
☐ CREATION ☐ RENOUELEMENT ☐ MUTATION NATIONALE ☐ MUTATION REGIONALE ☐ MUTATION EXCEPTIONNELLE	NOM D'USAGE : PRENOM : NOM DE NAISSANCE : DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :		
www.ffvolley.org    @ffvolley	NATIONALITE ☐ Française ☐ AFR Assimilé Français ☐ Etrangère (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB (UE/Hors UE) ☐ ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) ☐ ETR/FIVB-UE-REG (UE)		
	ADRESSE : CP : VILLE : TEL : PORTABLE : EMAIL* :		

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

CERTIFICAT MEDICAL	SIMPLE SURCLASSEMENT
Je soussigné, Dr atteste que M / Mme présente une absence de contre-indication à : - la pratique du Volley, y compris en compétition - L'encadrement du Volley Fait le Signature et cachet du Médecin :	Je soussigné, Dr atteste que ce joueur/joueuse est également apte à pratiquer dans les compétitions des catégories d'âges nécessitant un simple sur- classement dans le respect des règlements de la FFvolley. Fait le Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRES DE SANTE
☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé FFvolley http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_gs_sport_2023-24.pdf
☐ J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire Relatif à l'Etat de Santé du Sportif mineur http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_gs_sport_sportifs_mineurs_2023-24.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 0,58€ TTC). ☐ Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : ++Option A (5,05€ TTC) ou ++Option B (9,04€ TTC). ☐ Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquiesce 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. ☐ 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 et voire celles de vos représentants légaux dans le cadre de la gestion de votre licence (en ce y compris de votre demande de renouvellement de licence) sur la base de l'exécution de la mission d'intérêt public déléguée à la FFvolley. Vos données peuvent être communiquées aux personnes en charge au sein de la FFvolley, nos prestataires techniques, notre assureur, ainsi que le cas échéant aux organisateurs de compétitions, à la Fédération internationale de volley. La FFvolley a désigné un DPD que vous pouvez contacter par mail : protectiondesdonnees@ffvb.org ou par courrier à l'attention du DPD de la FFvolley 17 rue Georges Clemenceau, 94607 Choisy le Roi Cedex. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et sur vos droits conformément au Règlement (UE) 2016/679 dit « RGPD », consultez le DPD à l'adresse électronique indiquée.

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

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2023/2024

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.

Garantie Accident Corporel de base (0,58 € 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 €. 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. 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 : - dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux, - prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale, - soins dentaires et optiques, - 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, - frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, 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 1 ^{er} 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 ^{er} 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 5,05€	OPTION B 9,04€	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.

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.**

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'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.

(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.