



## CROLLES VOLLEY JEUNES INSCRIPTIONS Saison 2022/2023

Les inscriptions se feront dans le hall du gymnase Guy Bolès, les **lundis 12, 19 Septembre 2022 à 19h** ou lors du forum des associations le **samedi 3 Septembre après-midi**.

**SEULS LES DOSSIERS COMPLETS SERONT ACCEPTES.**

**DOCUMENTS NECESSAIRES** pour les **loisirs (1 entraînement/semaine)** :

- La fiche d'inscription complétée et signée,
- Questionnaire médical (sauf pour les majeurs, certificat médical valable 3 ans)
- Un moyen de règlement :

**Tarif : 105€**

**DOCUMENTS NECESSAIRES** pour les **compétitions (1 ou 2 entraînements/semaine)** :

- La fiche d'inscription complétée et signée,
- Questionnaire médical (sauf pour les majeurs, certificat médical avec mention compétition valable 3 ans),
- 1 photo d'identité,
- Photocopie d'une pièce d'identité (recto + verso)
- Le formulaire de demande de licence FFVB,
- Un chèque de **caution de 50€** pour la tenue de match (*rendu en fin d'année lors du retour de la tenue*)
- Un moyen de règlement :

**Tarif : 140€**

**A L'INSCRIPTION, VEUILLEZ NOUS SIGNALER :**

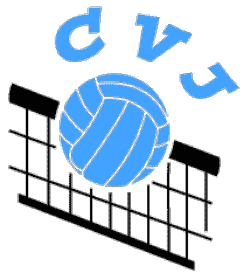
Si vous disposez de la carte tatoo ou la carte pass région afin de déduire le montant de la cotisation (copie carte ou numéro lisible)

Si vous désirez une attestation pour votre Comité d'Entreprise.

Si vous avez droit à l'aide de la mairie de Crolles ou l'aide pass sport

Pour rejoindre le groupe Slack (application utilisée pour relayer toutes les informations du club et des équipes) :





# CROLLES VOLLEY JEUNES

## FICHE INSCRIPTION

### Autorisation Parentale

Réservé au club :

- Carte tatoo
- Pass Région
- Aide-mairie
- Attestation CE

Saison 2022-2023

Volley-ball Loisir

Volley-ball Compétition

NOM : ..... PRENOM : .....

Date de naissance : .....

Email jeune..... Portable jeune :.....

Je soussigné(e), Mr ou Mme .....

Père, Mère, Responsable légal de l'enfant nommé ci dessus

Domicilié(e) .....

Portable Parent : .....

Email Parents: .....

- Autorise l'enfant nommé ci-dessus à pratiquer le volley-ball dans le cadre des activités et déplacements proposés par l'association le Crolles Volley Jeunes ;
- L'autorise à être transporté en voiture particulière lors des déplacements organisés dans le cadre de Crolles Volley Jeunes ;
- Autorise Crolles Volley Jeunes à prendre toutes les mesures qui s'imposent en cas d'accident et donne mon accord pour transporter mon enfant à l'hôpital si son état le justifie.

Personne à prévenir en cas d'accident :

..... Téléphone .....

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone .....

Indications médicales particulières (allergie, asthme, etc. ...)

J'autorise  Je n'autorise pas  la publication sur le site Internet de C.V.J, des photos représentant mon enfant, prises au cours des entraînements, compétitions, stages ou autres manifestations organisées par le club.

En **COMPETITION**, je participe au covoiturage et à l'organisation des déplacements lors des matchs de mon enfant.  
Je fournis une collation quand l'équipe de mon enfant reçoit, à Crolles.

Fait à Crolles le ..... Signature :



FFvolley

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

**SAISON 2022/2023***Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club*

<b>TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS</b> Licence <u>COMPETITION</u> <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  Licence <u>ENCADREMENT</u> <b>EXTENSION AVEC Certif.Médical</b> <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT <b>EXTENSION SANS CM</b> <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE  Licence <u>HORS COMPETITION</u> <input type="checkbox"/> EXTENSION Volley Pour Tous  Licence <u>TEMPORAIRE</u> <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois Réservée aux non-licenciés, Certificat Médical obligatoire	<b>NOM DUGSA</b>          <b>NUMERO DU GSA</b>
--	--

<b>TYPES DE DEMANDE</b> <input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	<b>N° DE LICENCE (si déjà licencié) :</b> ..... <b>SEXE :</b> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <b>TAILLE :</b> ..... <b>NOM D'USAGE :</b> ..... <b>PRENOM :</b> ..... <b>NOM DE NAISSANCE :</b> ..... <b>DATE DE NAISSANCE :</b> ..... <b>LIEU DE NAISSANCE :</b> ..... <b>NATIONALITE</b> <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) <b>ADRESSE :</b> ..... <b>CP :</b> ..... <b>VILLE :</b> ..... <b>TEL :</b> ..... <b>PORTABLE :</b> ..... <b>EMAIL* :</b> ..... <small>* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel</small>
---	--

<b>CERTIFICAT MEDICAL</b> Je soussigné, Dr ..... atteste que M / Mme ..... présente une absence de contre-indication à :  la pratique du Volley, y compris en compétition  <b>Fait le .....</b> <b>Signature et cachet du Médecin :</b>	<b>SIMPLE SURCLASSEMENT</b> 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.  <b>Fait le .....</b> <b>Signature et cachet du médecin :</b>
--	--

<b>QUESTIONNAIRES DE SANTE</b>
<input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé FFvolley <a href="http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_2022-23.pdf">http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_2022-23.pdf</a> <input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire Relatif à l'Etat de Santé du Sportif mineur <a href="http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_sportifs_mineurs_2022-23.pdf">http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_sportifs_mineurs_2022-23.pdf</a>

<b>INFORMATIONS ASSURANCES</b>
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). <input type="checkbox"/> Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document. <input type="checkbox"/> Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence ( <b>valorisée à 0,58€ TTC</b> ). <input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : ++ <b>Option A (5,05€ TTC)</b> ou ++ <b>Option B (9,04€ TTC)</b> . <input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, OUTDOOR, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente. <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir d'informations commerciales de la part de la FFvolley relatives à ses activités. <input type="checkbox"/> 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](mailto: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.

<b>NOM, DATE ET SIGNATURE</b>
Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

# INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2022/2023

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 ».

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 - réclamation@aiaac.fr – soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest, CS92459, 75436 Paris cedex 09.

## 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.

## 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 (0,58 € TTC)

	LICENCIES FFvolley	Franchise
<b>DECES</b>	10 000 €	Néant
<b>FRAIS D'OBSÈQUES</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 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 5,05€	OPTION B 9,04€	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 (1)</b>	500 € / accident	500 € / accident	Néant
<b>INDEMNITES JOURNALIERES (2)</b>		30 € par jour (maximum : 365 jours)	10 jours

(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.

(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 +33.549.77.47.78 - 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.**

En application de la réglementation de la FFvolley, la présentation d'un certificat médical d'absence de contre-indication datant de moins de 3 saisons est exigée, sous réserve d'avoir renseigné le présent Questionnaire de Santé FFvolley et attesté que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, un certificat médical, datant de moins de 6 mois attestant l'absence de contre-indication à l'encadrement ou à la pratique du volley, y compris en compétition, est nécessaire.

Ce questionnaire de santé permet de savoir si le licencié doit fournir un certificat médical pour obtenir sa licence.

Si vous avez répondu "Non" à toutes les questions, il n'y a pas lieu de fournir un nouveau certificat médical, mais vous devez attester sur votre formulaire de demande de licence avoir répondu négativement à toutes les questions de ce questionnaire de santé.

Si vous avez répondu "Oui" à une ou plusieurs questions, vous devez consulter un médecin et lui présenter le présent questionnaire, afin d'obtenir un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à l'encadrement ou à la pratique du volley, y compris en compétition.

Les réponses formulées sont confidentielles et relèvent de la seule responsabilité du licencié.

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