

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

TYPE DE LICENCE
<input type="checkbox"/> ENCADRANT DIRIGEANT
<input type="checkbox"/> EVENEMENTIELLE Club Jeunes
<input type="checkbox"/> PASS CLUB JEUNES

*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

<b>NOM</b>	_____
<b>PRENOM</b>	_____
<b>TEL</b>	_____
<b>Portable</b>	_____
<b>Courriel</b>	_____
<input type="checkbox"/> J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le volley-ball.	

<b>Adresse</b>	_____
	_____
<b>CP+Ville</b>	_____
<input type="checkbox"/> J'autorise la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires	
<small>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.</small>	
<input type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié « Compétition VB » dans un autre Groupement Sportif français lors de la saison précédente.	
<input type="checkbox"/> 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
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 sur- classement dans le respect des règlements de la FFVB.
Fait le ..... Signature et cachet du médecin :

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