

# Saison 2024-2025 Volley Club Jean Macé à Hazebrouck

## Autorisation de diffusion d'image :

Je soussigné(e) .....

- Autorise l'association VCJMH à me photographier ou me filmer dans le cadre des différents événements notamment sur le site internet, le facebook et l'instagram de l'association. En contrepartie, l'association sportive VCJMH s'engage à respecter l'image et à ne l'utiliser que dans le cadre précédemment défini.
- N'autorise pas le VCJMH.

## Personnes à prévenir en cas d'incident au sein du VCJMH :

Nom :..... Prénom :..... Numéro de téléphone :.....

## Autorisation parentale de transport pour les mineurs :

Je soussigné(e) Mme et/ou Mr..... Agissant en qualité de père-mère- tuteur

Nom :.....Prénom :.....

- A pratiquer le volleyball au sein du VCJMH
- A être transporté(e) par les parents ou bénévoles du club, étant en règle avec les lois du code de la route, sur les lieux de rencontres, les jours de matchs ou de tournois, et décline toute responsabilité vis-à-vis du VCJMH et de ses éducateurs sportifs en cas d'incident.

Lu et approuvée le ..... A ..... Signature.....

## Autorisation pour TOUS :

- Autorise le président, les membres du bureau ou par délégation, l'accompagnateur d'équipe dans laquelle pratique mon enfant, à faire intervenir un médecin pour pratiquer ou faire pratiquer toute intervention indispensable pour donner les soins nécessaire, en cas d'urgence.
- N'autorise pas

Lu et approuvé le ..... A.....  
Signature

## Pièces nécessaire et OBLIGATOIRE pour votre inscription :

- Formulaire de licence
- Photocopie de la carte d'identité ou passeport
- Photo d'identité (obligatoire pour tous)
- Questionnaire de santé
- Certificat Médical (obligatoire pour tous) + (Surclassement pour les jeunes)
- Paiement de la licence

## QUESTIONNAIRE DE SANTE FFvolley"

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.

<b>QUESTIONS</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>DURANT LES 12 DERNIERS MOIS</b>			
1)	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
2)	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
3)	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
4)	Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
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"/> C	<input type="checkbox"/> C
6)	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
<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"/> C	<input type="checkbox"/> C
8)	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C
9)	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> C

<p align="center"><b>TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS</b></p> <p>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</p> <p>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</p> <p>Licence <u>HORS COMPETITION</u>   <input type="checkbox"/> EXTENSION Loisirs</p> <p>Licence <u>TEMPORAIRE</u>   <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois   <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois</p>	<p align="center"><b>NOM DU GSA</b></p>           <p align="center"><b>NUMERO DU GSA</b></p>
---	---

<p align="center"><b>TYPES DE DEMANDE</b></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><b>N° DE LICENCE (si déjà licencié) :</b> .....</p> <p><b>SEXE :</b>   <input type="checkbox"/> F   <input type="checkbox"/> M      <b>TAILLE :</b> .....</p> <p><b>NOM D'USAGE :</b> .....</p> <p><b>PRENOM :</b> .....</p> <p><b>NOM DE NAISSANCE :</b> .....</p> <p><b>DATE DE NAISSANCE :</b> .....</p> <p><b>LIEU DE NAISSANCE :</b> .....</p> <p><b>NATIONALITE :</b>   <input type="checkbox"/> Française   <input type="checkbox"/> Etrangère    PAYS _____ Code ISO: /_/_/_/_</p> <p><b>ADRESSE :</b> .....</p> <p><b>CP :</b> .....      <b>VILLE :</b> .....</p> <p><b>TEL :</b> .....      <b>PORTABLE :</b> .....</p> <p><b>EMAIL* :</b> .....</p> <p align="center"><small>* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel</small></p>
--	--

**SUIVI MEDICAL [OBLIGATOIRE]**

Suivi médical – Majeurs  
Pour toute licence hors Encadrement Extension Dirigeant, le soussigné atteste sur l'honneur **[cocher toutes les cases]** :  
 **(obligatoire)** avoir produit un certificat médical d'absence de contre-indication (CMNCI) à la pratique du sport datant de moins de 3 saisons,  
 **(obligatoire)** avoir répondu NON à tout le QS – FFvolley Majeurs [http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley\\_qs\\_sport\\_2024-25.pdf](http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_2024-25.pdf) ; en cas de réponse OUI à une des questions, la production d'un CMNCI datant de moins de 6 mois est requise.

Suivi médical – Mineurs  
 **(obligatoire)** Le soussigné atteste sur l'honneur avoir répondu, conjointement avec le mineur concerné, NON à toutes les questions du questionnaire de santé QS - Sport Mineurs [http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley\\_qs\\_sport\\_sportifs\\_mineurs\\_2024-25.pdf](http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_sportifs_mineurs_2024-25.pdf) ; en cas de réponse OUI à une des questions, la production d'un CMNCI de moins de six mois est requise.

**CONTROLE D'HONORABILITE [OBLIGATOIRE]**

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 sein 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 sein 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\\_Control\\_Honorabilite.pdf](http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/licences/FFvolley_Fiche_Pratique_Control_Honorabilite.pdf)

**(obligatoire)** 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 **(cocher l'une ou l'autre des deux cases)** :

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)

Reconnaiss 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**

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).

Reconnaiss 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 0,58€ 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'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.

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](mailto:protectiondesdonnees@ffvb.org)) ou par courrier au 17 rue Georges Clemenceau, 94607 Choisy le Roi Cedex.

**NOM, DATE ET SIGNATURE [OBLIGATOIRES]**

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

# INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2024/2025

Les contrats sont consultables sur le site de la FFvolley : <http://www.ffvb.org/la-ffvb/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'aia 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@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
DECES	10 000 €	Néant
FRAIS D'OBSÈQUES	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 reconstruit 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 : <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> 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 <sup>er</sup> 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 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

(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 ?

Rempissez 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.