

DOSSIER D'INSCRIPTION JEUNES

- nées en 2008 et après -

Vous trouverez ci-dessous toutes les informations et documents nécessaires pour le dossier d'inscription. Pour toute question ou information sur les inscriptions, vous pouvez contacter le club à l'adresse suivante : thorignevolley@gmail.com

DOCUMENT A FOURNIR

Documents à fournir par tous les licenciés :

- Fiche « Demande d'adhésion FFVolley » complétée, uniquement la partie (page 2 de ce dossier)
- Fiche de renseignements du licencié et autorisation parentale complétée (page 6 de ce dossier)
- Règlement du montant de votre cotisation (voir ci-dessous « Tarifs 2025/2026 »)
- Un questionnaire personnel relatif à l'état de santé est à compléter « Questionnaire relatif à l'état de Santé du Sportif Mineur » (page 4 de ce dossier). Ce document est à compléter mais n'a pas à être fourni au dossier mais la section « Suivi médical » du dossier d'adhésion FFVOLLEY doit être complétée.

Je suis un nouveau licencié au club

il faudra fournir également :

- 1 photo d'identité avec le nom inscrit au dos
- 1 copie recto verso de la carte d'identité

Je souhaite faire de la compétition

Afin de pouvoir organiser les équipes, nous demandons à tous les jeunes licenciés désirant jouer en compétition un certificat médical avec simple sur-classement.

- Certificat médical avec simple sur-classement (page 5 de ce dossier, compléter les parties surlignées en jaune).

Je ne suis pas intéressé par la compétition

Pas d'autres éléments à fournir.

Attention : si vous avez oui à l'une des questions du questionnaire de santé, il est nécessaire de voir votre médecin et fournir un certificat médical

TARIFS 2025/2026

| Catégorie | Tarif | Notes |
|-------------------------|-------|--|
| Seniors (2007 et avant) | 140 € | Le règlement se fait par chèque à l'ordre de « TFVB ». « Coupons sport ANCV », « Pass' sport », « Opération sortir » et « Chèques vacances » sont également supportés. Pour toute question relativement aux modes de règlement, contacter le club à l'adresse thorignevolley@gmail.com |
| M18 (2008/2009/2010) | | |
| M15 (2011/2012) | | |
| M13 (2013/2014) | | |
| M11 (2015 et après) | | Pour la partie assurance, le tarif intègre le contrat collectif (option de base). Si vous souhaitez une autre option, le surcout sera à votre charge |

INFORMATIONS SUR LES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Les informations recueillies via le dossier d'inscription sont enregistrées dans un fichier informatisé par le club TFVB pour permettre la création/renouvellement des licences ainsi que la communication avec les adhérents durant la saison sportive.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le club par mail « thorignevolley@gmail.com »

| TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS | NOMDUGSA |
|---|---|
| Licence <u>COMPETITION</u> EXTENSION <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> EXTENSION <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT EXTENSION <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE Licence <u>HORS COMPETITION</u> <input type="checkbox"/> EXTENSION Loisirs Licence <u>TEMPORAIRE</u> <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois | THORIGNE FOUILLARD VOLLEY BALL |
| | NUMERO DU GSA 0359622 |

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

SUIVI MEDICAL [OBLIGATOIRE - cocher l'une ou l'autre des cases]

Pour toute licence hors Encadrement Extension Dirigeant et Pass Bénévole, je soussigné atteste sur l'honneur, soit :

Sportifs majeurs :

avoir répondu NON, à tout le QS – FFVolley Majeurs (http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFVolley_qs_sport_2025-26.pdf),
 avoir répondu OUI, à l'une des questions du QS – FFVolley Majeurs, et ainsi produire un certificat médical d'absence de contre indication (CMNCI) à la pratique du sport, le cas échéant en compétition, datant de moins de 6 mois. Celui-ci doit être joint à la demande de licence.

Sportifs mineurs :

avoir répondu, conjointement avec le mineur, NON à tout le QS - Sport Mineurs (http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFVolley_qs_sport_sportifs_mineurs_2025-26.pdf),
 avoir répondu OUI, à l'une des questions du QS – FFVolley Mineurs, et ainsi produire un certificat médical d'absence de contre indication (CMNCI) à la pratique du sport, le cas échéant en compétition, datant de moins de 6 mois. Celui-ci doit être joint à la demande de licence.

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 sens 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 sens 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 Controle Honorabilite.pdf>

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, je soussigné, (cocher l'une ou l'autre des deux cases), soit :

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)

Reconnais 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 [OBLIGATOIRE]

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), (cocher l'une ou l'autre des cases), soit :

Reconnais 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 0,66€ TTC.

Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :
 ++Option A (5,40€ TTC) ou **++Option B (10,00€ 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 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) ou par courrier au 2-4 Rue des Sarrazins 94000 CRETEIL.

NOM, DATE ET SIGNATURE [OBLIGATOIRES]

Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2025/2026

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 - reclamation@aiac.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 (0.66 € 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 €. <p>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.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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, <p>et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.</p> | 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.

(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.

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.

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNECOMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <p>Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Turéponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.</p> <p align="center">Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/> Ton âge : <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/> ans</p> | | |
| Depuis l'année dernière | OUI | NON |
| Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu été opéré(e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance desport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) | | |
| Te sens-tu très fatigué(e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleures-tu plus souvent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aujourd'hui | | |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Questions à faire remplir par tes parents | | |
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A remplir lisiblement SVP

LICENCIE/E

NOM : Prénom :

Date de naissance : Lieu :

Adresse :
.....
.....

Portable :

Courriel :

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

NOM : Prénom :

Adresse :
.....
.....

Portable :

Courriel :

Je soussigné(e), M. / Mme, responsable légal de,
autorise le Club ou l'Entraîneur à prendre les mesures médicales adéquates dans le cas d'un accident sportif si la personne
responsable n'est pas joignable.

DROIT A L'IMAGE

Des photos et vidéos prises pendant les entraînements, matchs.... Ces photos sont susceptibles d'être diffusées sur plusieurs supports du club (sites internet...). Afin de respecter les règles d'exploitation de l'image d'autrui, merci d'indiquer si vous autorisez à utiliser le club les photos/vidéos ou l'adhérent apparaît.

J'autorise que des photos/vidéos sur lesquels j'apparais (ou l'adhérent apparaît pour les mineurs) soient utilisées pour les différents supports du club

SIGNATURE DU LICENCIE / SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL DANS LE CAS DES MINEURS

Lieu :

Signature :

Date :