



Fiche d'adhésion jeune

Sporting Club Paris Volley

Saison 2020/2021

Création

Renouvellement

NOM et PRENOM DU LICENCIÉ : _____

Taille Tee Shirt _____

Groupe d'inscription :

- EDV GROUPE 1 : mar 17h/18h et ven 17h/18h
 EDV Groupe 2 : mer 16h30/18h et ven 17h/18h
 M13M/F Compétition : mer 16h30 et ven
 M15M/F Compétition : mer 16h30 et ven
 M17M/F : mar 18h/20h et jeu 18h30/20h

- Loisir Jeune Groupe 1 : Mar 18h/20h et Sam 15h15/17h
 Loisir Jeune Groupe 2 : Jeu 18h30/20h et Sam 15h15/17h
 Loisir Jeune Groupe 3 : Ven 18h/20h et Sam 15h15/17h

POUR LES MINEURS

NOM et prénom du père : _____ NOM et prénom de la mère : _____

Téléphone : _____ Téléphone : _____

Email : _____ Email : _____

AUTORISATION PARENTALE ***

Je soussigné(e) _____
 mère/père/représentant légal de _____
 pratiquant le volley-ball au sein du SCPV :

- autorise / n'autorise pas mon enfant à participer aux activités soutenues par l'association
 autorise / n'autorise pas le transport en véhicule personnel ou tout autre transport adéquat de mon enfant par un cadre ou un accompagnateur bénévole vers le(s) site(s) de compétition concerné(s) ou lieu(x) d'entraînement
 autorise / n'autorise pas mon enfant à se soumettre aux différents tests prévus dans le cadre de la lutte anti-dopage.
 autorise / n'autorise pas mon enfant à quitter seul le lieu d'entraînement ou de compétition sous ma responsabilité.

*** à compléter par un des parents ou le représentant légal pour les enfants mineurs.

DROIT AUDIOVISUEL

Je soussigné(e) _____

autorise n'autorise pas

l'association Sporting Club Paris Volley à utiliser les images fixes ou audiovisuelles, sur lesquelles mon enfant ou moi-même pourrait apparaître sur tout support, y compris les documents promotionnels (plaquettes, presse, calendrier, ...), en France et pour la durée la plus longue prévue par la loi et les règlements en vigueur.

AUTORISATION DE SOINS

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom et prénom : _____

Téléphone : _____

Je, soussigné(e) (licencié(e) ou représentant légal pour les enfants mineurs) :

_____ autorise formellement les dirigeants et entraîneurs du SCPV, en cas d'absence de connaissance et d'urgence durant les entraînements, stages ou tout autre déplacement sportif, à faire appel à un médecin, sur sa prescription, à faire pratiquer, le cas échéant, tout examen complémentaire ou intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie nécessité par mon état de santé / l'état de santé de la personne dont je suis le représentant légal et plus généralement à prendre toutes les mesures utiles en cas d'accident survenu à mon enfant.

Antécédents à signaler (Contre-indications, allergies, maladies chroniques...) : _____

SOUTENIR LE SCPV

Vous pouvez aider le SCPV et les enfants de diverses façons en fonction de vos possibilités :

- Je peux intervenir comme bénévole, ponctuellement ou régulièrement (accompagner les joueurs, recherche de mécènes ou de sponsors, ...)
 Je fais un don de _____ €

(Votre don est déductible de vos impôts sur le revenu à hauteur de 66%, dans la limite de 20% de votre revenu net imposable.)

Tout soutien en temps ou en argent, même minime, est précieux pour faire perdurer notre association !

TARIFS Saison 2020 / 2021

Rayer les mentions inutiles de la colonne

- Cotisation valable pour tous	277 €
- Licence FFVB (assurance de base incluse)	
Ecole de volley – M13 – M 15 (Né 2006 et après)	33 €
M17 – M20 (Né 2001 à 2005)	54 €
Seniors compétition (Né 2000 et avant)	57 €
Seniors loisirs	33 €
- Assurance Complémentaire (si besoin) :	
Assurance de base	incluse
Option A	5.02 €
Option B	8.36 €
- Nouvel Adhérent SCPV	40 €

Total à payer : _____ €

RÈGLEMENT

- Chèque (maximum 3 à transmettre avec le dossier)
 Espèce (dans son intégralité avec le dossier)
 Virement (dans son intégralité)

PIECES A JOINDRE LORS DE L'INSCRIPTION

- La présente fiche d'adhésion entièrement complétée, datée et signée.

- La copie d'un justificatif d'identité (**OBLIGATOIRE** pour les créations, mutations, ou modifications matrimoniales)

- Le formulaire FFVB de demande de licence 2020-2021 complété, daté et signé

- Le certificat médical (spécifier en compétition) **OBLIGATOIRE**

POUR LES CREATIONS

- Le règlement de votre inscription au SCPV

- 1 photo d'identité **OBLIGATOIRE POUR LES CREATIONS**

Je certifie par ailleurs tous les renseignements inscrits ci-dessus, demande à adhérer au SCPV et m'engage à me conformer aux règles fédérales, aux statuts, aux règlements intérieurs, à la charte du club dont je déclare avoir pris connaissance ainsi que des conditions d'assurances attachées à la licence de la fédération française de volley-ball.




Date : _____

Signature de l'adhérent(e) ou du représentant légal :

CONDITIONS

Je, soussigné(e) déclare : _____
 Ne pas établir de licence pour la saison 2019/2020 dans un autre Groupement sportif affilié à la FFVB ; avoir pris connaissance des conditions d'assurance ; avoir pris connaissance du règlement intérieur et des statuts de l'association. Signaler tout refus d'adhésion dans un délai d'un mois suivant la date d'inscription. Toute cotisation payée ne pourra pas être remboursée.

TYPE DE LICENCE ET OPTIONS	NOM DUGSA
Licence JOUEUR COMPETITION <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH.V. <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> SNOW V. COMPET'LIB <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V ASSIS Licence ENCADREMENT <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE Licence VOLLEY POUR TOUS - VPT <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH V. <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> Volley Santé <input type="checkbox"/> SNOW V.	<p align="center">SCPV</p> <p align="center">SPORTING CLUB PARIS VOLLEY</p>
	<p align="center">NUMERO DU GSA</p> <p align="center">0758726</p>

TYPE DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) :	SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	TAILLE :
<input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	NOM D'USAGE : PRENOM : NOM DE NAISSANCE : DATE DE NAISSANCE : LIEU DE NAISSANCE :		
<p align="center">www.ffvolley.org</p> <p align="center">    @ffvolley </p>	NATIONALITE <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)		
	ADRESSE : CP : VILLE : TEL : PORTABLE : EMAIL :		

CERTIFICAT MEDICAL	SIMPLE SURCLASSEMENT
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 <input type="checkbox"/> la pratique du Beach Volley, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Volley Sourd, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Volley Assis, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Snow Volley, y compris en compétition 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 surclassement dans le respect des règlements de la FFvolley. Fait le Signature et cachet du médecin :

--

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). <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 (valorisée à 0,57€ TTC). <input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : ++ Option A (5,02€ TTC) ou ++ Option B (8,36€ TTC). <input type="checkbox"/> 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.

<input type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente. <input type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley. <input type="checkbox"/> J'autorise la FFvolley à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé. Conformément à la loi 78-17 du 06/01/78, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à votre GSA

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

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 FFVB. 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 FFVB, rubrique « assurance ».

INDIVIDUELLE ACCIDENT : La FFVB attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxuels la pratique sportive peut les exposer. Dans ce cadre, la FFVB 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 FFVB. Elles sont présentées ci-dessous et dans la notice d'information réalisée par la Mutuelle des Sportifs et consultable sur le site internet de la FFVB 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.

Les formules « accident corporel » sont proposées par l'Accord collectif n°2178, souscrit auprès de la MUTUELLE DES SPORTIFS - 2/4 rue Louis David, 75782 Paris cedex 16 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Mutuelle immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 422 801 910.

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 300.000 € - SIREN 513 392 118 - RCS PARIS - N° immatriculation ORIAS 09 051 522 - Service réclamation : 14 rue de Cligny-75009 PARIS - reclamation@aiac.fr - soumis au contrôle de l'ACPR, 61 rue taitbout 75009 Paris.

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 1^{er} septembre 2020, ou après cette date, le jour de l'enregistrement de la licence auprès de la FFVB et du règlement de la prime correspondante.

Elle prend fin le jour où la licence FFVB pour la saison en cours n'est plus valide.

Garantie Accident Corporel de base (0,57 € TTC)

	LICENCIES FFVB	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 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"> 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 DENTAIRE 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 5,02€	OPTION B 8,36€	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 (2)	500 € / accident	500 € / accident	Néant
INDEMNITES JOURNALIERES (3)		30 € par jour (maximum : 365 jours)	10 jours

(2) 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.

(3) Lorsque l'assuré a été en incapacité temporaire totale de travail suite à un accident, la M.D.S. 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 FFVB (rubrique assurances).

Pour faire appel à MAIF ASSISTANCE: appelez depuis l'étranger le +33.549.348.827- depuis la France : 05.49.34.88.27

contrat MAIF n° 3087988J - Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable de MAIF Assistance.