

Photo  
 (Si 1ere inscription)

## Fiche d'Inscription Saison 2019-2020

### IDENTITE:

JOUEUR :

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Taille de maillot : \_\_\_\_\_

POUR LES MINEURS :

Email des parents : \_\_\_\_\_

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Téléphone des parents :

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

### AUTORISATION PARENTALE:

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_  Père  Mère  Responsable légal

Demeurant (si différent adresse de l'enfant) : \_\_\_\_\_

- Déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur d'Asperly,
- Autorise mon enfant à participer aux activités Volley-Ball d'Asperly,
- Autorise les responsables du club à faire pratiquer les soins médicaux urgents rendus nécessaire par l'état de mon enfant et décidés par les services et médecins d'urgence qualifiés.
- Autorise mon enfant à quitter seul le gymnase à la fin de l'entraînement:  Non  Oui

Le club dégage sa responsabilité en cas d'accident lors des trajets sur les lieux d'entraînement ou de rendez-vous pour les compétitions. Lors des déplacements pour les compétitions à l'extérieur, l'enfant sera conduit par son entraîneur, des parents et éventuellement par des adultes licenciés du club. En cas d'accident de la route, le club dégage sa responsabilité.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_ Signature (à faire précéder de la mention «lu et approuvé») :

### DROIT À L'IMAGE:

ASPERLY diffuse sur son site (asperly.com) et ses supports de communications des informations et des photographies pouvant contenir le nom et prénom du joueur.

Vous pouvez vous opposer à une telle diffusion. Pour que nous puissions prendre en compte votre refus, merci de le signaler à : contact@asperly.com.

Attention: en l'absence de notification de votre part dans un délai de 1 mois à compter de la réception de la présente information (date paraissant sur la fiche d'inscription), votre accord sera réputé acquis. Vous pourrez toutefois nous faire part ultérieurement, à tout moment, de votre souhait de faire cesser la diffusion de vos données sur Internet. Pour exercer vos droits d'accès, de modification, de rectification et de suppression de vos données qui vous concernent (articles 34 et suivant de la loi du 6 janvier 1978), merci de le signaler à : contact@asperly.com.

### PIECES À FOURNIR:

- 1 Photo d'identité (inscrire le nom au dos)
- Photocopie d'une pièce d'identité (passeport, carte d'identité, livret defamille)
- Dossier FFVB (joints à ce document)
- Certificat médical ou Questionnaire de Santé(joints à ce document)
- Chèques de cotisation à établir au nom d'ASPERLY

Date et signature du joueur  
 (ou parents pour les mineurs)

CATEGORIES		DATES NAISSANCES	LOISIRS	COMPETITION
ADULTES	Masculin	Nés (es) en 1999 et avant	135€	
	Feminin		135€	
	Mixte		110€	
JUNIORS (M20)		Nés (es) en 2000 /01 /2002	-	220€
CADETS (M17)		Nés (es) en 2003 et 2004	-	200€
MINIMES (M15)		Nés (es) en 2005 et 2006	-	180€
BENJAMINS (M13)		Nés (es) en 2007 et 2008	120 €	-
POUSSINS (M11)		Nés (es) en 2009 et 2010	110 €	-
PUPILLES (M9)		Nés (es) en 2011 et 2012	110 €	-

## **Règlement Asperly réservés aux mineurs,**

### **Accueil**

Les demandes sont nombreuses, aussi nous réservons le droit de limiter le nombre d'inscription par séance en fonction des places disponibles et des règles de sécurité.

### **Inscription**

Par les parents qui remplissent le formulaire d'autorisation parentale et le remettent à un des responsables.

### **Prise en charge**

Vos enfants sont pris en charge au début de chaque séance et pendant toute sa durée, par les entraîneurs ou les assistants qui en assurent la responsabilité.

Ils restent sous votre seule et entière responsabilité jusqu'à l'heure du début de la séance et à nouveau après l'heure de fin de séance.

Les enfants de plus de 10 ans qui quitteraient l'activité avant la fin de la séance, sous réserve que les parents aient autorisé leur enfant à partir seul, seraient sous la responsabilité de leurs parents dès leur départ du gymnase.

### **Les activités**

Afin de ne pas perturber le déroulement de l'activité, l'accueil a lieu pendant les 10 premières minutes de chaque début de séance.

Les parents s'engagent à envoyer régulièrement leur enfant à l'entraînement et aux compétitions.

### **Fin de séance**

Vous devez venir chercher votre enfant, au plus tôt 5 minutes avant la fin de la séance. Les enfants pourront après accord des parents rentrer seuls.

Bien entendu, ils sont en dehors des séances sous votre seule et entière responsabilité.

### **De manière générale**

Par souci d'hygiène, nous ne pourrions accepter votre enfant qu'en bonne santé et avec la tenue adaptée à l'activité.

Pensez à fournir à votre enfant une bouteille d'eau.




Par mesure de sécurité, vous veillerez à ce qu'il n'emporte avec lui aucun objet contondant ou susceptible de devenir dangereux, ni aucun objet de valeur. Asperly décline toute responsabilité en cas de perte d'objets de valeur (bijoux, lunettes,...)

En cas d'accident grave ou d'urgence médicale, vous autorisez le responsable à faire appel à un médecin. Le cas échéant, celui-ci pourra demander un transfert à l'hôpital et prendre les mesures nécessitées par l'état de santé de l'enfant. Les frais médicaux restent à votre charge. Vous serez immédiatement prévenu en cas d'accident aux coordonnées notées sur la fiche d'inscription.

En cas de non-respect du présent règlement, Asperly décline toute responsabilité et se réserve le droit de ne plus accepter votre enfant.

Aucun enfant ne pourra être accepté sans l'autorisation parentale

TYPE DE LICENCE ET OPTIONS	NOM DUGSA
<b>Licence JOUEUR</b> <b>COMPETITION</b> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V ASSIS <b>COMPET'LIB</b> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V ASSIS	
<b>Licence ENCADRANT</b> <b>ENCADREMENT</b> <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> ENTRAINEUR <input type="checkbox"/> SOIGNANT <b>DIRIGEANT</b> <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE	
<b>Licence VOLLEY POUR TOUS - VPT</b> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY <input type="checkbox"/> PARA-V SOURD <input type="checkbox"/> PARA-V Assis <input type="checkbox"/> Volley Santé	NUMERO DU GSA

TYPE DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) : ..... SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	NOM : ..... PRENOM : ..... TAILLE : ..... DATE DE NAISSANCE : ..... 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)
<b>www.ffvolley.org</b>    <b>@ffvolley</b>	ADRESSE : ..... CODEPOSTAL : ..... 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 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 sur- classement dans le respect des règlements de la FFvolley. Fait le ..... Signature et cachet du médecin :

### QUESTIONNAIRE DE SANTE

J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé [http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs\\_sport.pdf](http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/qs_sport.pdf)

### 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).

- Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document.  
 Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (**valorisée à 0,57€ TTC**).  
 Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de :  
 ++ **Option A (5,02€ TTC)** ou ++ **Option B (8,36€ 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, BV, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente.  
 J'autorise la FFvolley à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley.  
 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 Sirène sous le n° 422 801 910.

Les contrats d'assurances ont été souscrits 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 Clichy-75009 PARIS - [reclamation@aiac.fr](mailto: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<sup>er</sup> septembre 2019, 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
<b>DECES</b>	10 000 €	Néant
<b>FRAIS D'OBSEQUES</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.  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 suivies avant 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> <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 1 <sup>er</sup> 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
<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 (2)</b>	500 € / accident	500 € / accident	Néant
<b>INDEMNITES JOURNALIERES (3)</b>		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 ?**

Rempissez 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 - de p u i s l a F r a n c e : 0 5 . 4 9 . 3 4 . 8 8 . 2 7

c o n t r a t M A I F n ° 3087988J - **Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable de MAIF Assistance.**

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

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

#### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

#### Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.