

DOSSIER D'INSCRIPTION 2022/2023

| N° doc | PIECES | Mineur | Majeur nouvel adhérent | Majeur Déjà licencié | UFOLEP |
|--------|--|--------|------------------------|----------------------|--------|
| | 1 photo d'identité | X | X | | |
| | Copie de carte d'identité (ou passeport ou livret de famille) | X | X | X | X |
| A | Formulaire d'adhésion au Stade Clermontois | X | X | X | X |
| B | Demande de licence FFVB (ou mutation) | X | X | X | |
| C | Demande de licence UFOLEP (renouvellement ou création) | | | | X |
| D | Questionnaire de santé (mineur) | X | | | |
| E | Certificat médical mineur (pour surclassement uniquement) | X | | | |
| | Certificat médical (nouveau majeur puis tous les 3 ans) | | X | Si > 3 ans | X |
| F | Questionnaire de santé (majeur) | | | X | |
| G | Questionnaire de santé (ufolep) | | | | X |
| | 1 chèque de caution de 60 Euros | X | X | X | X |
| | 1 chèque de cotisation licence (prix indiqué ci-dessous) | X | X | X | X |

| Catégorie | COTISATION | |
|--|--|--|
| | Inscription au 1 ^{er} Septembre | Inscription au 1 ^{er} Janvier |
| Senior Né(e) après 2001 | 160 € | 135 € |
| Etudiant et demandeur d'emploi <i>(sur présentation d'un justificatif)</i> | 130 € | 105 € |
| Ecole de volley | | |
| M21-M17 : de 16 à 21 ans Né(e) entre 2007 et 2002 | 160 € | 135 € |
| M15-M13-M11-M9 : de 8 à 15 ans Né(e) entre 2015 et 2008 | 130 € | 105 € |
| M7 : de 6 à 7 ans Né(e) en 2017 et 2016 | 80 € | 55 € |
| Mutation Nationale * | 190 € | N/A |
| Mutation Régionale * | 85 € | N/A |
| Compét'Lib et UFOLEP | 110 € | 85 € |
| Sans compétition | 70 € | 70 € |
| Licence Dirigeant | 65 € | N/A |

*Les mutations sont à la charge des joueurs, et remboursées par moitié la seconde saison.

- **Le dispositif Pass'Sport** permet aux 6-18 ans bénéficiant de l'Allocation de Rentrée Scolaire ou de l'Allocation d'Éducation de l'Enfant handicapé de bénéficier d'une allocation de rentrée sportive de 50€. Plus d'informations en cliquant-ici.
- **Tarif dégressif famille** : à partir de la 3ème licence réduction de 10€ par licence (soit : 3 licences = -10€, 4 licences = -20€, ...)
- **Offre de parrainage** : 10 € de réduction sur la licence (cette offre ne s'applique pas si les filleuls ont été licenciés au SCVB dans les deux dernières années).
- **Facilité de paiement** : possibilité de régler en plusieurs fois (3 fois maximum). Nous acceptons les bons CAF, Chèques CE, ANCV.
- **Attestation de pratique sportive** : sur demande (pour les prises en charge de tout ou partie par l'employeur)

Les dossiers incomplets ne seront pas acceptés



Activité (si plusieurs disciplines)

| | | | |
|-------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| NOM | <input type="text"/> | PRÉNOM | <input type="text"/> |
| NOM marital | <input type="text"/> | Date de naissance | <input type="text"/> |
| Nationalité | <input type="text"/> | Lieu | <input type="text"/> |
| E-mail | <input type="text"/> | | |
| Adresse | <input type="text"/> | | |
| Code postal | <input type="text"/> | Ville | <input type="text"/> |

Profession/Université/Etablissement scolaire

Niveau ou classe

| | | | | |
|-----------|----------|----------------------|------|----------------------|
| Téléphone | Domicile | <input type="text"/> | Père | <input type="text"/> |
| | Portable | <input type="text"/> | Mère | <input type="text"/> |

EN CAS D'URGENCE

- Je donne Autorisation aux dirigeants à faire pratiquer les soins d'urgence
- Je ne donne pas

Médecin traitant

Nom et Téléphone Personne à prévenir en cas d'urgence

DROIT À L'IMAGE

- J'autorise la publication de mon image ou de celle de mon enfant
- Je n'autorise pas

PROTECTIONS DES DONNÉES

- J'accepte de recevoir **des mails du Stade Clermontois** : la carte d'adhérents du club, les offres spéciales de nos partenaires, des newsletter du club, les invitations à des événements sportifs internes ou externes
- Je n'accepte pas

AUTORISATION DES PARENTS OU TUTEURS POUR LES MINEURS

Je soussigné (NOM et Prénom)

agissant en qualité de (parent/tuteur)

Demeurant

Autorise mon fils ma fille

à pratiquer le sport suivant :

- Je, soussigné,
- déclare avoir pris connaissance des Statuts du SC et les accepter (www.stade-clermontois.com)
 - déclare avoir pris connaissance que la pratique du sport ne se fait qu'avec un certificat médical d'aptitude
 - accepter que les remboursements peuvent être accordés selon le règlement propre à chaque section

A le Signature

Joindre : 1 photo et Certificat médical d'aptitude

Règlement : Espèces Chèque Autre



COMMENT NOUS AVEZ-VOUS CONNU ?

- Campagne de communication
- Forum
- Réseaux sociaux (Facebook, Instagram, site internet)
- Autre

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2022/2023

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 ».

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.

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.

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'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 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 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 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 |

(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 ?

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.

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 devrez 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 devrez 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.

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



**ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE LA DEMANDE DE
RENOUVELLEMENT DE LICENCE**

Uniquement pour les activités n'imposant pas la présentation annuelle d'un
certificat médical de non contre-indication.

Je, soussigné(e) Mme/M. (Nom et prénom de l'adhérent-e ou du représentant légal) :

Certifie avoir répondu NON à toutes les questions du formulaire de santé lors de la demande de renouvellement de la licence.

Pour faire valoir ce que de droit.

À _____ le _____

Signature :