



## Dossier d'inscription (Catégorie : Jeune)

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_

J'accepte que mon adresse mail soit diffusée uniquement en interne au club :  Oui  Non

J'accepte que mon image soit diffusée sur le site du club :  Oui  Non

### Documents à fournir

- Bulletin d'adhésion individuel FFVB
- Certificat médical pour la pratique du volley en compétition (ou QS-Sport)
- Bulletin d'adhésion individuel ASPTT complété et signé
- Cotisation (chèque à l'ordre de **ASPTT Volley Rouen**)
- Copie d'une pièce d'identité (pour création de licence et mutation)

### Informations sur l'aide aux familles (sous conditions de ressources)

Pour vous aider financièrement à la pratique de votre sport, les collectivités mettent en place de nombreuses aides. Vous pouvez les consulter en téléchargeant le document à partir du QR code



Ici le document des aides

### Tarifs<sup>1</sup>

	Catégorie	né(e)s en	Cotisation
<input type="checkbox"/>	M21	2004 à 2006	195 €
<input type="checkbox"/>	M18	2007 à 2009	195 €
<input type="checkbox"/>	M15	2010 et 2011	165 €
<input type="checkbox"/>	M13	2012 et 2013	165 €
<input type="checkbox"/>	M11	2014 et 2015	165 €
<input type="checkbox"/>	M9	2016 et 2017	165 €
<input type="checkbox"/>	M7	2018 et après	125 €

*Nous rappelons que l'inscription à la section Volley-Ball implique de l'assiduité aux entraînements et au championnat se déroulant d'octobre à mai, et pouvant nécessiter ponctuellement le week-end la sollicitation des proches pour les déplacements. Les dates du championnat seront communiquées dès leur disponibilité au comité départemental de Volley-Ball de Seine Maritime*

Avez-vous besoin d'une facture pour bénéficier de l'aide d'un C.E. ?  Oui  Non

<sup>1</sup> Pour les membres d'une même famille (parents / enfants et applicable sur la licence la moins chère)  
 -15% sur la 2<sup>nd</sup> cotisation, -25% sur la 3<sup>ème</sup> cotisation et 50% sur la 4<sup>ème</sup> cotisation



### **Assurance :**

L'assurance « dommages corporels » est facultative mais la section Volleyball de l'ASPTT vous informe que les risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive peuvent donner lieu à des accidents sur lesquels il convient de s'assurer par le biais d'une assurance dommages corporels. La cotisation intègre l'assurance de base à 0,58€ souscrite par la FFVB (voir formulaire). Vous avez la possibilité de souscrire une option complémentaire (option A et B) à la FFVB en l'indiquant sur le formulaire de la FFVB et en ajoutant le prix de l'option à la cotisation de base.

## **Partenariat entreprise**

Pensez-vous que votre entreprise est susceptible de passer un partenariat (ou mécénat) avec votre club de volley ? Si oui, pouvons-nous vous contacter pour en parler ?

Oui  Non

*Le partenariat et le mécénat sont essentiels pour la vie de votre club pour proposer un encadrement qualifié à tous les niveaux et pour une pratique sportive avec du matériel adapté et de qualité*



Plaque Partenariat/Mécénat

## **Je veux m'engager dans la vie de mon club en m'impliquant dans des actions**

(Arbitrages, encadrement, accompagnement, organisation, évènements...)

Scanne-moi et complète le formulaire



Formulaire : je m'engage

<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" style="font-size: 1.2em;"><b>ASPTT ROUEN MSA VOLLEY-BALL</b></p> <hr/> <p align="center"><b>NUMERO DU GSA</b></p> <p align="center" style="font-size: 1.2em;"><b>765200</b></p>
---	---

<p><b>TYPES DE DEMANDE</b></p> <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>	<p><b>N° DE LICENCE (si déjà licencié) :</b> .....    <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    <b>PAYS</b> _____    <b>Code ISO:</b> /_/_/_/_</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" style="font-size: 0.8em;">* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel</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'Établissement 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/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'aic 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](mailto: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'OBSQUES	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.

**Section VOLLEY-BALL**

**IDENTITÉ**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nationalité : \_\_\_\_\_  
 H  F Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Tél domicile : \_\_\_\_\_ Mobile 1 : \_\_\_\_\_ Mobile 2 : \_\_\_\_\_  
 Email 1 : \_\_\_\_\_ Email 2 : \_\_\_\_\_  
 Profession : \_\_\_\_\_  
 La Poste n° Identifiant RH : \_\_\_\_\_  
 autre : \_\_\_\_\_  
 Profession des parents (pour mineurs) : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION PARENTALE**

(pour les mineurs)

Je, soussigné(e) M ou Mme : \_\_\_\_\_ représentant légal de : \_\_\_\_\_ certifie lui donner l'autorisation de :  
 - se licencier à la FSASPTT et d'adhérer à l'ASPTT pour toutes les activités  
 - prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisirs au cours de la saison.  
 J'autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence. La personne à contacter en cas d'accident est :  
 \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

**LICENCE**

Création  Renouvellement  
 Premium  Access : N° licence délégataire : \_\_\_\_\_  
**TYPE de pratique :**  
 Compétition  Loisir  Ecole de Volley  
**LIEU DE PRATIQUE :** \_\_\_\_\_  
 Autre discipline pratiquée à l'ASPTT : \_\_\_\_\_

**PAIEMENT COTISATION**

**AIDES POUR 2024/2025**

Pass'Sport (Etat)  Pass Jeunes76  Atout Normandie  CLJ (Ville de Rouen)  Contrat (Autres communes)  
 Pass Santé  Handi Pass

**Total Cotisation :** \_\_\_\_\_ **Total des aides :** \_\_\_\_\_ **Reste à charge :** \_\_\_\_\_

**Mode de paiement :**  1 Chèque  3 chèques  Liquide  Chèques-Vacances  Coupons-sport

Facture, svp



Ici le document des aides

## CONTRÔLE DE L'HONORABILITÉ

(A remplir obligatoirement si les fonctions ci-dessous sont exercées)

Encadrant  Dirigeant  Arbitre  Maître-nageur

La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif et/ou d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives 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 Fédération aux services de l'état afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L.212-9 du code du sport soit effectué.

J'ai compris et j'accepte  Je renonce à mes fonctions

Je renseigne les données nécessaires au contrôle de mon honorabilité :

Nom et Prénom (si différents de l'usage) : \_\_\_\_\_

Né en France : Département (N°) : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Né à l'étranger : Pays : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom du Père : \_\_\_\_\_

## PARTIE MÉDICALE

TOUT PUBLIC

J'ai répondu non à l'ensemble du Questionnaire de Santé

sinon  Certificat médical du : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



Retrouvez les questionnaires ici

## PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles recueillies, propriété de la FSASPTT, font l'objet d'un traitement informatique par la FSASPTT aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Comités Régionaux et à la FSASPTT. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant à la FSASPTT via l'adresse mail rgpd@asptt.com ou par courrier postal à l'adresse suivante : FSASPTT, Délégué à la Protection des Données (DPO), 5 rue Maurice Grandcoing, 94200 IVRY-SUR-SEINE.

Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisés dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiés et diffusés à la radio, à la télévision, dans la presse écrite, dans les livres ou sur le site internet par des moyens de reproduction photomécaniques (films, cassettes vidéo, etc.) sans avoir le droit à une compensation.

Je ne souhaite pas recevoir des informations de mon club ASPTT.

Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT.

Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part du Comité Régional FSASPTT

Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT.

## ASSURANCES

(A remplir uniquement pour les licences PREMIUM)

L'établissement d'une licence ASPTT PREMIUM ou FSASPTT EVENT permet à son titulaire de bénéficier des assurances « Responsabilité civile », « Assistance aux personnes » et « Dommages corporels » souscrites par la FSASPTT. Les assurances « Dommages corporels » et « Assistance aux personnes » sont facultatives mais la FSASPTT vous informe que les risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive peuvent donner lieu à des accidents sur lesquels il convient de s'assurer par le biais d'une assurance « Dommages corporels » ou « Assistance aux personnes ». Le montant de ces assurances compris dans le prix de la licence ASPTT PREMIUM est de 1,60 € pour l'assurance « Dommages corporels » et de 0,23 € pour l'assurance « Assistance aux personnes ». Il est respectivement de 0,35 € et 0,10 € dans la licence FSASPTT EVENT. Si vous ne souhaitez pas l'assurance « Dommages corporels » et/ou l'assurance « Assistance aux personnes », le montant de ces dernières sera déduit. Vous avez également la faculté de souscrire des garanties individuelles complémentaires si celles proposées ne conviennent pas à votre pratique.

## REFUS D'ASSURANCE "DOMMAGES CORPORELS" ET/OU "ASSISTANCE"

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_ reconnais avoir pris connaissance :

- Du document d'information sur le produit d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et adhérer au contrat national proposé par la FSASPTT (notice aussi disponible sur le site www.asptt.com)
- Des statuts et règlement intérieur (disponible au secrétariat de l'association)

Si le soussigné refuse de souscrire à ces assurances, il reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive pouvant porter atteinte à son intégrité physique et il coche la ou les cases ci-dessous :

Je ne souhaite pas souscrire d'assurance « Dommages corporels »

Je ne souhaite pas souscrire d'assurance « Assistance aux personnes »

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées sur ce bulletin d'adhésion et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération..

A : \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature obligatoire du demandeur ou du représentant légal