

Je m'Inscris OU je me Réinscris à l'ASVEL FSGT :

→ Je dois envoyer les documents suivants à : philcomvolley69@gmail.com et asvelvolley69@gmail.com

La FICHE d'INSCRIPTION réinscriptible
(j'enregistre avant d'envoyer)



FICHE d'INSCRIPTION 2023/2024
A remplir **complètement** et à adresser **obligatoirement** par mail à
philcomvolley69@gmail.com
Voir la fiche « Mode d'emploi »
Tout dossier incomplet ne sera pas validé, ni la licence délivrée

Pour tout renseignement : <http://www.asvel-volleyball.fr>
philcomvolley69@gmail.com / 06.80.92.79.93

IDENTITE DU LICENCIÉ		
Nom	Prénom	
Date de naissance	Nationalité	
Adresse postale complète		
Email	Téléphone	
Profession	Taille (cm)	
	Participation CE	euros
Equipe :	<input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Championnat Semaine / Compet'Lib <input type="checkbox"/> FSGT	
AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS		
Je soussigné(e), autorise mon enfant à pratiquer le volley-ball en compétition et les dirigeants et entraîneurs à prendre toutes mesures nécessaires à sa sécurité		

Photocopie de la PIÈCE d'IDENTITÉ

L'ATTESTATION FSGT :

QS-SPORT ou CMédical si **OUI** à l'une des Questions



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
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ?	<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"/>
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"/>	<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"/>

*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, 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.



PREMIÈRE DEMANDE OU RENOUELEMENT DE **LA LICENCE FSGT POUR LES MAJEUR-ES**

Madame, Monsieur,

Vous pratiquez une ou plusieurs activités sportives en FSGT qui ne rentrent pas dans les activités à contraintes particulières (article L.231-2-3 du Code du sport), et vous sollicitez une première demande de licence FSGT ou son renouvellement.


Au préalable à votre demande de licence, votre club vous a remis les deux formulaires suivants :

- Le **questionnaire de santé** (Cerfa n° 15699*01) que vous devez renseigner et conserver
- La **présente attestation** que vous devez signer et remettre à votre club qui la conservera

SI VOUS AVEZ RÉPONDU « NON » à toutes les rubriques du questionnaire de santé, vous devez obligatoirement renseigner, signer et remettre à votre club la présente attestation.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » à au moins une rubrique du questionnaire de santé, vous devez :

- **Solliciter un certificat médical auprès d'un-e médecin.** Ce certificat médical devra établir explicitement l'absence de contre-indication à la pratique du/des sports que vous souhaitez pratiquer avec votre club datant de **moins de six (6) mois** par rapport à la date de votre demande de licence FSGT auprès du club.
- **Remettre le certificat médical à votre club qui le conservera.** Par ailleurs, nous vous informons expressément que le questionnaire de santé que vous avez renseigné, vous est strictement personnel. Vous n'avez pas à le remettre à votre club. Nous vous informons aussi que les réponses apportées au questionnaire de santé par vos soins relèvent de votre responsabilité exclusive.

 **Je scanne individuellement chaque doc avant de les envoyer :**

La **COTISATION** peut être réglée en espèce, par chèque ou par virement :

<https://www.payassociation.fr/ASVEL-VOLLEYBALL/Cotisation>

Les chèques à l'ordre de : ASVEL Volley Ball

+ Le chèque de caution de 30€ (sera détruit en fin de saison).

Montant de la Cotisation : LICENCE FSGT seule : 120€

Licence FSGT + FFVB : 200€