



Saison : 2024/2025

Volley-Ball

<http://www.volleyrouen.fr>

volleyrouen@gmail.com

Dossier d'inscription

(Section Loisir)

Informations :

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

Documents à fournir :

- Certificat médical pour la pratique du volley (ou QS-SPORT si certificat au club de moins de 5 ans)
- Signature des fiches *assurance* et *Pratique du Volley-Ball en toute sécurité*
- Bulletin d'adhésion individuel ASPTT complété et signé
- Cotisation (chèque à l'ordre de ASPTT Volley Rouen, coupon sport, chèque vacances..)

Tarif : 120* €

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

Avec l'inscription en loisir, tu bénéficies d'une [LICENCE ASPTT PREMIUM](#) avec de nombreux avantages. Pour les découvrir, scanne-moi



* Si tu as entre 15 et 25 ans et que tu vis ou étudies en Normandie, la région peut prendre en charge 30 € (au maximum) de ta licence sportive : Renseignement sur <https://atouts.normandie.fr/> - Déduire de la cotisation le montant de l'aide et fournir le QR code et le code à 4 chiffres lors de l'inscription.

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



Plaquette 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

Pratique du Volley-Ball en toute sécurité

- La pratique du volley-ball nécessite un équipement adapté (tenue et chaussures de sport pour la salle). Il est conseillé d'ôter ou de protéger tout élément non adéquat type montre, bijoux (bagues, colliers, bracelets, boucles d'oreilles et piercing), chewing-gum.... En tout état de cause, ces éléments seront de la responsabilité du joueur qui les porte et il ne pourra tenir le club responsable dans le cas contraire.
- Le joueur doit être courtois et considérer les différents niveaux de pratique dans la section loisir pour ne pas démotiver et/ou blesser les autres pratiquants
- Le joueur doit également venir dans un état approprié à l'activité sportive (absence de prise d'alcool ou de drogue).
- Le joueur doit également être en bonne condition physique. En plus du certificat médical obligatoire (ou questionnaire sportif), le joueur est responsable de son intégrité physique. Il ne doit donc pas s'engager à jouer en cas de blessure existante ou latente. Le club décline toute responsabilité en cas de non-respect de ces consignes.

Je soussigné _____ a pris connaissance des règles en matière de pratique du volley-ball et renonce à engager des poursuites contre le représentant d'espace et le club en cas d'accident dû au non-respect de ces règles

Fait le : ____ / ____ / _____ à : _____

Signature

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