



# FICHE D'INSCRIPTION

## Section Volley-Ball

SAISON 2018-2019

PHOTO

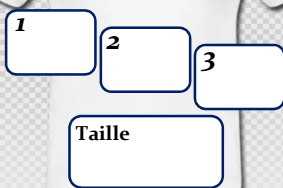
### A.S. Meudon V.B.

Mme LAURENCE Emilie  
Chez M. DURAND Hadrien  
23 rue des Bretons  
Résidence Hautes Plaines  
91940 LES ULIS

### Maillot

Classez selon vos préférences  
les 3 numéros de maillot.

Choisissez entre 1 et 20



En cas de numéro indisponible, nous nous réservons le droit de reprendre le numéro de la saison précédente ou de le choisir.

### COORDONNEES

<i>Nom</i>	<i>Prénom</i>
Adhérent .....	_____ . _____ . _____ . _____
Contact (1) .....	_____ . _____ . _____ . _____
Contact (2) .....	_____ . _____ . _____ . _____

### DROIT A L'IMAGE & COORDONNEES

L'ASM s'engage à ne faire aucune exploitation commerciale de votre image et à ne l'utiliser que dans le cadre de la promotion de ses événements par le biais de ses moyens de communication (magazine, internet via son site ou Facebook, affiches, flyers, etc ...).  
Merci de cocher la case.

J'autorise

Je refuse

### SIGNATURE

J'accepte les conditions du Règlement Intérieur de la Section

Responsable Légal

Adhérent(e)

### Extrait du Règlement Intérieur

Par la présente, je m'engage

- Ø à adhérer à la section et à ses valeurs
- Ø à régler le montant de ma cotisation annuelle et cela même si pour une raison ou une autre je décide ou suis contraint de m'arrêter (quelqu'en soit la durée ou la raison).
- Ø à participer à la bonne vie de la section
- Ø à participer aux entraînements et aux compétitions s'il y en a et si mon entraîneur m'y convoque
- Ø à être à l'heure et à prévenir mon entraîneur en cas de retard ou d'absence
- Ø à avoir ma tenue de sport ainsi qu'une bouteille d'eau

- Ø à respecter le matériel, les locaux, les gardiens et les membres du club (à Meudon et dans toutes les communes lors des déplacements)
- Ø à avoir un comportement qui ne porte pas préjudice à l'image du club
- Ø à porter le maillot et le short qui m'auront été confiés dans le cadre des compétitions
- Ø à rentrer par mes propres moyens ou sous la responsabilité de mes parents

Chaque entraîneur peut prendre des sanctions adaptées en cas de non respect de ce règlement.

Par la présente, Je suis informé(e) que l'ASM sera amenée à stocker mes données personnelles dans le cadre de mon adhésion; je l'autorise à me transmettre des informations (courriers, mails, etc).

Je suis également informé qu'à la fin de chaque saison a lieu l'Assemblée Générale de la section. J'y serai convié par courrier et je m'engage à y participer pour valider les bilans et les décisions pour les saisons suivantes.

### REDUCTIONS



Je joins le code barre du Pass+ et déduis son montant.

#### FAMILLE NOMBREUSE

Au delà de 2 membres d'une même famille, je déduis 10€ sur la cotisation du **3e membre** et de celle des suivants.

#### INSCRIPTION TARDIVE

Une réduction de 50€ est faite pour tout adhérent s'inscrivant après le 1er Janvier

### COTISATIONS

Adhésion	Année de Naissance	Cotisation	Complément		Catégorie
			Muté(e)s	Maillot	
<b>M7</b>	2012/2013	160 €	<del>50 €</del>	<del>40 €</del>	Baby
<b>M9 - M11</b>	2008/09/10/11	160 €	<del>50 €</del>	<del>40 €</del>	Ecole
<b>M13</b>	2006/2007	170 €	<del>50 €</del>	15 €	Benjamin(e)s
<b>M15</b>	2004/2005	170 €	50 €	40 €	Minimes
<b>M17</b>	2002/2003	190 €	50 €	40 €	Cadet(te)s
<b>M20</b>	1999/00/01	200 €	50 €	40 €	Juniors
<b>SENIORS</b>	1998 et avant	210 €	50 €	40 €	Seniors
<b>LOISIRS &amp; FSGT</b>		180 €			

Dossier à rendre complet avant le 20 Octobre

- Ø Est considéré comme muté(e), tout licencié d'un autre club la saison précédente
- Ø Si l'adhérent a déjà le maillot, il/elle n'a pas à le payer (sauf nouvel équipement)
- Ø FSGT, tous les frais seront à la charge des joueurs/joueuses
- Ø Les créneaux Baby ne seront ouverts qu'à la condition d'avoir suffisamment de jeunes

Association Sportive Meudonnaise - GSA 0924321

www.asmvb.fr

meudon.volley92@gmail.com

# PIECES A FOURNIR

<b>- de 18ans</b>	<input type="checkbox"/> 1 Fiche d'inscription à l'A.S. Meudon Volley Ball avec le Droit à l'Image	
	<input type="checkbox"/> 1 Formulaire de licence FFVB	> Les Cadres Médicaux sont à remplir, à signer et à cacheter par le médecin. > Le <b>SURCLASSEMENT</b> doit également être rempli.
	<input type="checkbox"/> 1 Enveloppe Timbrée à vos noms et adresse	
	<input type="checkbox"/> 1 Cotisation	> Les Chèques doivent être à l'ordre de l' <b>AS Meudon Volley Ball</b> . > Possibilité d'établir 3 chèques > Encaissement à réception En cas d'échelonnement, les encaissements suivants se feront le 05/10 et le 05/11.
	<input type="checkbox"/> Pass+ (Seulement le code barre)	

<b>CREATION</b>	<b>RENOUVELLEMENT</b>	<b>MUTATION</b>
Toute personne s'inscrivant pour la première fois ou qui a fait un arrêt d'au moins une année.	Toute personne se réinscrivant.	Toute personne ayant été inscrite (la saison précédente) dans un autre club avec une licence Compétition.
<input type="checkbox"/> 1 Photocopie de la Carte d'Identité <input type="checkbox"/> 1 Photo <input type="checkbox"/> Pour tous les licenciés (M13 et au dessus), une participation sera demandé pour l'achat du Maillot et Short	<input type="checkbox"/> <b>SI LE CLUB CHANGE LES EQUIPEMENTS DES EQUIPES</b>  une participation pour l'achat du Maillot et Short	<input type="checkbox"/> 1 Photocopie de la Carte d'Identité <input type="checkbox"/> 1 Photo <input type="checkbox"/> 1 chèque de 50€ pour compenser les frais engendré par la Mutation <input type="checkbox"/> Pour tous les licenciés (M13 et au dessus), une participation pour l'achat du Maillot et Short

<b>+ de 18ans</b>	<input type="checkbox"/> 1 Fiche d'inscription à l'A.S. Meudon Volley Ball avec le Droit à l'Image	
	<input type="checkbox"/> 1 Formulaire de licence FFVB	Remplir le Questionnaire de Santé. > <u>Si toutes les réponses sont négatives</u> , le certificat médical ne sera pas nécessaire à condition d'en avoir <b>un de moins de 2ans</b> . > <u>Si au moins une des réponses est positive</u> , le certificat médical sera obligatoire. Le médecin devra remplir, signer et cacheter le cadre.
	<input type="checkbox"/> 1 Enveloppe Timbrée	
	<input type="checkbox"/> 1 Cotisation	> Les Chèques doivent être à l'ordre de l' <b>AS Meudon Volley Ball</b> . > Possibilité d'établir 3 chèques > Encaissement à réception En cas d'échelonnement, les encaissements suivants se feront le 05/10 et le 05/11.
	<input type="checkbox"/> Pass+ (Seulement le code barre)	

<b>CREATION</b>	<b>RENOUVELLEMENT</b>	<b>MUTATION</b>
Toute personne s'inscrivant pour la première fois ou qui a fait un arrêt d'au moins une année.	Toute personne se réinscrivant.	Toute personne ayant été inscrite (la saison précédente) dans un autre club avec une licence Compétition.
<input type="checkbox"/> 1 Photocopie de la Carte d'Identité <input type="checkbox"/> 1 Photo <input type="checkbox"/> Pour tous les licenciés (M13 et au dessus), une participation sera demandé pour l'achat du Maillot et Short	<input type="checkbox"/> <b>SI LE CLUB CHANGE LES EQUIPEMENTS DES EQUIPES</b>  une participation pour l'achat du Maillot et Short	<input type="checkbox"/> 1 Photocopie de la Carte d'Identité <input type="checkbox"/> 1 Photo <input type="checkbox"/> 1 chèque de 50€ pour compenser les frais engendré par la Mutation <input type="checkbox"/> Pour tous les licenciés (M13 et au dessus), une participation pour l'achat du Maillot et Short

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE**  
à compléter original et coller sur le club et à envoyer dans votre ancien club.

**FFVB FEDERATION FRANÇAISE DE VOLLEY-BALL**  
SAISON 2017/2018

<b>TYPE DE LICENCE et Options</b> <input type="checkbox"/> COMPETITION M13 <input type="checkbox"/> COMPETITION M14 <input type="checkbox"/> COMPETITION M15 <input type="checkbox"/> INCA <input type="checkbox"/> M13 <input type="checkbox"/> M14 <input type="checkbox"/> M15 <input type="checkbox"/> M16 <input type="checkbox"/> M17 <input type="checkbox"/> M18 <input type="checkbox"/> M19 <input type="checkbox"/> M20 <input type="checkbox"/> M21 <input type="checkbox"/> M22 <input type="checkbox"/> M23 <input type="checkbox"/> M24 <input type="checkbox"/> M25 <input type="checkbox"/> M26 <input type="checkbox"/> M27 <input type="checkbox"/> M28 <input type="checkbox"/> M29 <input type="checkbox"/> M30 <input type="checkbox"/> M31 <input type="checkbox"/> M32 <input type="checkbox"/> M33 <input type="checkbox"/> M34 <input type="checkbox"/> M35 <input type="checkbox"/> M36 <input type="checkbox"/> M37 <input type="checkbox"/> M38 <input type="checkbox"/> M39 <input type="checkbox"/> M40 <input type="checkbox"/> M41 <input type="checkbox"/> M42 <input type="checkbox"/> M43 <input type="checkbox"/> M44 <input type="checkbox"/> M45 <input type="checkbox"/> M46 <input type="checkbox"/> M47 <input type="checkbox"/> M48 <input type="checkbox"/> M49 <input type="checkbox"/> M50 <input type="checkbox"/> M51 <input type="checkbox"/> M52 <input type="checkbox"/> M53 <input type="checkbox"/> M54 <input type="checkbox"/> M55 <input type="checkbox"/> M56 <input type="checkbox"/> M57 <input type="checkbox"/> M58 <input type="checkbox"/> M59 <input type="checkbox"/> M60 <input type="checkbox"/> M61 <input type="checkbox"/> M62 <input type="checkbox"/> M63 <input type="checkbox"/> M64 <input type="checkbox"/> M65 <input type="checkbox"/> M66 <input type="checkbox"/> M67 <input type="checkbox"/> M68 <input type="checkbox"/> M69 <input type="checkbox"/> M70 <input type="checkbox"/> M71 <input type="checkbox"/> M72 <input type="checkbox"/> M73 <input type="checkbox"/> M74 <input type="checkbox"/> M75 <input type="checkbox"/> M76 <input type="checkbox"/> M77 <input type="checkbox"/> M78 <input type="checkbox"/> M79 <input type="checkbox"/> M80 <input type="checkbox"/> M81 <input type="checkbox"/> M82 <input type="checkbox"/> M83 <input type="checkbox"/> M84 <input type="checkbox"/> M85 <input type="checkbox"/> M86 <input type="checkbox"/> M87 <input type="checkbox"/> M88 <input type="checkbox"/> M89 <input type="checkbox"/> M90 <input type="checkbox"/> M91 <input type="checkbox"/> M92 <input type="checkbox"/> M93 <input type="checkbox"/> M94 <input type="checkbox"/> M95 <input type="checkbox"/> M96 <input type="checkbox"/> M97 <input type="checkbox"/> M98 <input type="checkbox"/> M99 <input type="checkbox"/> M100	<b>NOM DUSGA</b> A.S. Meudon Volley Ball <b>NUMERO DU GSA</b> 092 4321
---	---

A REMPLIR

2 CADRES MEDICAUX

A COCHER

A COCHER

A DATER ET A SIGNER

meudon.volley92@gmail.com

**meudon.volley92@gmail.com**

**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.

Répondre aux questions suivantes par OUI ou par NON\*

Durant les 12 derniers mois	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou vasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous eu un arrêt de travail dans la pratique, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un évanouissement ?	<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 incident de jeu le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous eu un traitement médical de longue durée (sans interruption et sans modification de dosage) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
7) Présentez-vous une douleur, un manque de force ou une gêne dans le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Présentez-vous des symptômes (fracture, entorse, lésion, déchirure, tendinite, etc.) survenus durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Prévoyez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*NB : Les réponses "Je ne sais pas" ou "Je ne sais pas" ne sont pas acceptées.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attaché, selon les modalités prévues par la fédération, votre réponse à ce questionnaire de santé, au questionnaire de demande de renouvellement de licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consulter un médecin et présenter lui ce questionnaire rempli.



FFvolley

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

## SAISON 2018/2019

Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

<p align="center"><b>TYPE DE LICENCE ET OPTIONS</b></p> <p>Licence JOUEUR</p> <input type="checkbox"/> <b>COMPETITION VOLLEY-BALL</b> <input type="checkbox"/> <b>COMPETITION BEACH VOLLEY</b> <input type="checkbox"/> <b>COMPETITION PARA-VOLLEY SOURD</b> <input type="checkbox"/> <b>COMPETITION PARA-VOLLEY ASSIS</b> <input type="checkbox"/> <b>COMPET'LIB</b> <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> PV Sourd <input type="checkbox"/> PV Assis <p>Licence ENCADRANT</p> <input type="checkbox"/> <b>ENCADREMENT</b> <input type="checkbox"/> <b>DIRIGEANT</b> <p>Licence VPT</p> <input type="checkbox"/> <b>VOLLEY POUR TOUS</b> <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> BV <input type="checkbox"/> PV Sourd <input type="checkbox"/> PV Assis <input type="checkbox"/> Volley Santé	<p align="center"><b>NOMDUGSA</b></p> <p align="center" style="font-size: 2em;">A.S. Meudonnaise</p> <hr/> <p align="center"><b>NUMERO DU GSA</b></p> <p align="center" style="font-size: 2em;">0924321</p>
---	---

<p align="center"><b>TYPE DE DEMANDE</b></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>N° DE LICENCE (si déjà licencié) : ..... SEXE :      <input type="checkbox"/> F   <input type="checkbox"/> M</p> <p>NOM : ..... PRENOM : .....</p> <p>TAILLE : .....      DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....</p> <p>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)</p> <p>ADRESSE : .....</p> <p>CODE POSTAL : .....      VILLE : .....</p> <p>TEL : .....      PORTABLE : .....</p> <p>EMAIL : .....</p>
<p align="center"><b>www.ffvolley.org</b></p> <p align="center"> </p> <p align="center"><b>@ffvolley</b></p>	

<p align="center"><b>CERTIFICAT MEDICAL</b></p> <p>Je soussigné, Dr .....  atteste que M / Mme .....  ne présente aucune contre-indication à :</p> <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 Sourds, y compris en compétition <input type="checkbox"/> la pratique du Volley Assis, y compris en compétition <p>Fait le .....      Signature et cachet du Médecin :</p>	<p align="center"><b>SIMPLE SURCLASSEMENT</b></p> <p>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.</p> <p>Fait le .....      Signature et cachet du médecin :</p>
--	---

**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 0,36€ 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'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, 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 auxquel 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 Sirene sous le n° 422 801 910.

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 300.000 € - SIREN 513 392 118 - RCS PARIS - N° immatriculation ORIAS 09 051 522 - Service réclamation : 14 rue de Cligny-75009 PARIS - [reclamation@aiac.fr](mailto:reclamation@aiac.fr) - soumis au contrôle de l'ACPR, 61 rue taïtbout 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 2018, 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 (0,36 € 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 reconstruit en cas d'accident ultérieur.  <b>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 :</b> <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 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 5,02€	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?**

Remplissez 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- depuis la France : 05.49.34.88.27

contrat MAIF 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 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.