

COMPETITION LOISIR

Fonction

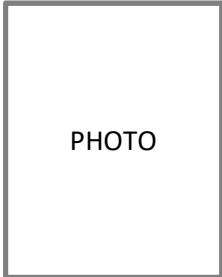
- Bureau / Comité
- Entraîneur
- Arbitre
- Marqueur

Documents rendus le ___ / ___ / ___ ★

- Demande de licence
- Photo
- Certificat Médical *ou* QS
- Pièce d'identité
- Justificatif domicile
- Caution

N° Licence : _____

- Création
- Renouvellement
- Mutation



Cotisation : ★

Mt à régler : _____ € Mt réglé : _____ € le : ___ / ___ / ___

Mode de règlement :

<input type="checkbox"/> Chèque	_____ €
<input type="checkbox"/> Espèce	_____ €
<input type="checkbox"/> CB	_____ €
<input type="checkbox"/> Chèques ANCV / Coupon-sports	_____ €
<input type="checkbox"/> Pass' Région	_____ €

Attestation CE : Oui Non

**Cadres réservés au VBVB*

1. Le : ___ / ___ / ___
CB/Chèque n° _____ ★

2. Le : ___ / ___ / ___
CB/Chèque n° _____

3. Le : ___ / ___ / ___
CB/Chèque n° _____
Le : ___ / ___ / ___

RENSEIGNEMENTS

NOM* : _____ PRENOM* : _____

NE(E) le* : ___ / ___ / ___

GENRE* : Masc. / Fém.

NATIONALITE* : Française Autre : _____ 📱 : _____

ADRESSE* : _____

CODE POSTAL* : _____ VILLE* : _____

E-MAIL* (saisir en MAJUSCULES) : _____

- J'autorise le VBVB à m'adresser par courriel des informations concernant la vie du club (*matches, stages, événements, ...*)
- J'autorise le VBVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires

Taille Maillot : XS S M L XL XXL XXXL

SITUATION PROFESSIONNELLE

PROFESSION : _____

ENTREPRISE : _____

**Obligatoire*

➔ Tournez SVP

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec le joueur : _____ N° Tél : _____

Allergies alimentaires ou médicales : Oui Non – Nature : _____

AUTORISATION

Je soussigné(e) (nom prénom) _____,

Autorise **n'autorise pas** les responsables du club à capter mon image et à la diffuser (photos/vidéos) dans les publications du club à des fins de promotion (*affiches, portraits, réseaux sociaux, site internet, etc...*).

Le club veillera à ce que les légendes, commentaires accompagnant ladite publication, ne portent pas atteinte à la vie privée, dignité et réputation du joueur.

- ✓ Déclare avoir pris connaissance de la notice concernant l'assurance souscrite simultanément avec ma demande de licence.
- ✓ Déclare avoir pris connaissance des statuts et règlements de l'association et m'engage à les respecter scrupuleusement.
- ✓ Déclare être informé de la possibilité de subir un contrôle anti-dopage par le club et instances sportives fédérales, et de mon obligation de m'y soumettre sous peine de sanctions.

Fait à _____, Le ___ / ___ / _____

Signature

Les informations recueillies sur ce formulaire sont obligatoires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la gestion des membres, de leur licence et cotisation. Les destinataires sont : le Comité Directeur du Club et les institutions fédérales du volley (Fédération, Ligue Régionale et Comité Départemental). Conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et en vertu du Règlement européen sur la protection des données personnelles, en vigueur depuis le 25/05/2018, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute(s) information(s) vous concernant, en vous adressant au VBVB : vvillefranche@gmail.com