



FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

SAISON 2020/2021

NOM DU CLUB	Photo

LICENCE ET OPTIONS		TYPE DE DEMANDE
Licence JOUEUR <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL à 6 <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY	Licence ENCADRANT <input type="checkbox"/> ENCADREMENT <input type="checkbox"/> DIRIGEANT	<input type="checkbox"/> Création <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Mutation Nationale <input type="checkbox"/> Prêt

N° DE LICENCE : **SEXE :** F M
NOM :
PRENOM :
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :/...../..... A.....
NATIONALITE :
 IVOIRIENNE Assimilé Ivoirienne Etrangère
ADRESSE :
TEL du Club : PORTABLE :
EMAIL

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr
Atteste que M / Mme ne présente aucune contre-indication à :
La pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
La pratique du Beach Volley, y compris en compétition

Signature et cachet du Médecin :

Fait le

- J'atteste ne pas avoir de licence de COMPETITION en « VB, BV » ou ENCADREMENT dans un autre Club pour cette saison que mon club actuel :
- J'autorise la FIVVB volley à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley.
- J'autorise la FIVVB volley à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *
- Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé., vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à la FIVVB*

Signature de l'Athlète Fait le :	Signature et cachet du président de Club : Fait le :
Signature et cachet du Secrétaire Général FIVVB Fait le :	Signature et cachet du Président FIVVB Fait le :

Copie FIVVB



FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

SAISON 2020/2021

NOM DU CLUB	Photo

LICENCE ET OPTIONS		TYPE DE DEMANDE
Licence JOUEUR <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL à 6 <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY	Licence ENCADRANT <input type="checkbox"/> ENCADREMENT <input type="checkbox"/> DIRIGEANT	<input type="checkbox"/> Création <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Mutation Nationale <input type="checkbox"/> Prêt

N° DE LICENCE : **SEXE :** F M
NOM :
PRENOM :
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :/...../..... A.....
NATIONALITE :
 IVOIRIENNE Assimilé Ivoirienne Etrangère
ADRESSE :
TEL du Club : PORTABLE :
EMAIL

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr
Atteste que M / Mme ne présente aucune contre-indication à :
La pratique du Volley-Ball, y compris en compétition
La pratique du Beach Volley, y compris en compétition

Signature et cachet du Médecin :

Fait le

- J'atteste ne pas avoir de licence de COMPETITION en « VB, BV » ou ENCADREMENT dans un autre Club pour cette saison que mon club actuel :
- J'autorise la FIVVB volley à m'adresser par courriel des informations concernant le Volley.
- J'autorise la FIVVB volley à diffuser mes coordonnées à ses partenaires *
- Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé., vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant, en vous adressant à la FIVVB*

Signature de l'Athlète Fait le :	Signature et cachet du président de Club : Fait le :
Signature et cachet du Secrétaire Général FIVVB Fait le :	Signature et cachet du Président FIVVB Fait le :

Copie CLUB