





FEDERATION SENEGALAISE DE VOLLEY-BALL

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

SAISON 2023/2024

Exemplaire original à conserver par le club

TYPES DE LICENCES	NOM DU GSA
<u>Licence COMPETITION</u> <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL. <input type="checkbox"/> BEACH VOLLEY	
<u>Licence ADMINISTRATIVE</u> AVEC Certif.Médical <input type="checkbox"/> ARBITRE SANS CM <input type="checkbox"/> DIRIGEANT	
<u>Licence TECHNIQUE</u> <input type="checkbox"/>	
	NUMERO DU GSA

TYPES DE DEMANDE	N° DE LICENCE (si déjà licencié) :	SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	TAILLE :
<input type="checkbox"/> CREATION <input type="checkbox"/> RENOUELEMENT <input type="checkbox"/> MUTATION	NOM D'USAGE :		
	PRENOM :		
	NOM DE NAISSANCE :		
	DATE DE NAISSANCE :		
	LIEU DE NAISSANCE :		
	NATIONALITE <input type="checkbox"/> Sénégalaise <input type="checkbox"/> Étrangère (zone 2) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB		
www.senegalvolleyball.sn/  	ADRESSE :		
	VILLE :		
	PORTABLE :		
	EMAIL* :		

CERTIFICAT MEDICAL	SIMPLE SURCLASSEMENT
Je soussigné, Dr atteste que M / Mme présente une absence de contre-indication à : la pratique du Volley, y compris en compétition Fait le Signature et cachet du Médecin :	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 FSVB. Fait le Signature et cachet du médecin :

<input type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION dans un autre GSA lors de la saison précédente. <input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des communications et offres de la part de la FSVB à propos de ses partenaires.
--

NOM, DATE ET SIGNATURE
Licencié Majeur ou Représentant Légal pour le licencié Mineur.