



الاتحادية الجزائرية للكرة الطائرة
FEDERATION ALGERIENNE DE VOLLEY BALL



FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE
Saison 2021/2022

Type de demande	Dénomination du C.S.A	Abréviation		Ne rien écrire ICI. Case réservée à la F.A.V.B./LIGUE
NOUVELLE LICENCE				Date de Réception
RENOUVELLEMENT	Avis C.R.Q.D			N° de licence :
MUTATION	MUTATION :			
PRET	PRET :	Logo	Photo	
Type de licence	Renseignements			
Licence JOUEUR Catégories Seniors Jeunes	Club :	N° de licence (si déjà licencié) :		
Licence ENCADREMENT Entraîneur Soignant Kiné Dirigeant Statisticien Arbitre	Sexe :	Taille :	Groupe Sanguin :	
	Nom :	Prénom :		
	Date de naissance :	Lieu :		
	Adresse :			
 www.afvb.org favb2004@yahoo.fr	Tél :	E-mail :		
	Pièce d'identité:	N°:	Délivrée le:	
CERTIFICAT MEDICAL (À remplir par le médecin *)		SURCLASSEMENT (Ne nécessitant pas un imprimé spécifique et un examen par un médecin agréé)		
Je soussigné, Docteur : certifie avoir examiné : Mme –Melle - Mr : et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre-indiquant : La pratique du Volley Ball en compétition ou du sport en compétition* A Signature du médecin		Je soussigné, Docteur : certifie avoir examiné : Mme - Melle - Mr: Peut pratiquer le Volley Ball en compétition dans la catégorie immédiatement supérieure dans le respect de la réglementation en vigueur au sein de la F.A.V.B. A Signature du médecin		
Fait le : Cachet		Fait le : Cachet		
Signature de l'athlète		Signature et griffe du président du C.S.A		Cachet du C.S.A
		A		Fait le :