



الاتحادية الجزائرية للكرة الطائرة
FEDERATION ALGERIENNE DE VOLLEY BALL



FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE
Saison 2022/2023

Type de demande	Dénomination du C.S.A	Abréviation	Ne rien écrire ICI. Case réservé à la F.A.V.B./LIGUE	
NOUVELLE LICENCE	Avis C.R.Q.D MUTATION : PRET :	Logo	Photo	Date de Réception
RENOUVELLEMENT				N° de licence :
MUTATION				
PRET				
Type de licence	Renseignements			
<u>Licence JOUEUR</u> Catégories Seniors Jeunes	Club :	N° de licence (si déjà licencié) :		
<u>Licence ENCADREMENT</u> Entraîneur Soignant Kiné Dirigeant Statisticien Arbitre	Sexe :	Taille :	Groupe Sanguin :	
 www.afvb.org favb2004@yahoo.fr	Nom :	Prénom :		
	Date de naissance :	Lieu :		
	Adresse :			
	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)		
<p>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*</p> <p>A Fait le : Signature du médecin Cachet</p>		<p>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.</p> <p>A Fait le : Signature du médecin Cachet</p>		
<u>Signature de l'athlète</u>		<u>Signature et griffe du président du C.S.A</u>		<u>Cachet du C.S.A</u>
		A		Fait le :