



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 réservée à la F.A.V.B./LIGUE
NOUVELLE LICENCE RENOUVELLEMENT MUTATION PRET	Avis C.R.Q.D MUTATION : PRET :	Logo	Photo	Date de Réception N° de licence :
Type de licence	Renseignements			
<b>Licence JOUEUR</b> Catégories Seniors Jeunes <b>Licence ENCADREMENT</b> Entraîneur Soignant Kiné Dirigeant Statisticien Arbitre	Club : Sexe : Nom : Date de naissance : Adresse : Tél : Pièce d'identité :	N° de licence (si déjà licencié) : Taille : Prénom : Lieu : E-mail : N°:	Groupe Sanguin : Délivrée le :	
 <a href="http://www.afvb.org">www.afvb.org</a> <a href="mailto:favb2004@yahoo.fr">favb2004@yahoo.fr</a>				
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	Fait le : Cachet	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	
<b>Signature de l'athlète</b>	<b>Signature et griffe du président du C.S.A</b>	<b>Cachet du C.S.A</b>		
	A	Fait le :		