



FORMULAIRE DE DEMANDE DE PASS BENEVOLE

SAISON 2016/2017

FFVB – 17 rue Georges Clemenceau – 94607 CHOISY LE ROI Cedex
Tel : +33(0)1.58.42.22.22 – Fax : +33(0)1.58.42.22.32 – Courriel : ffvb@ffvb.org

GROUPEMENT SPORTIF AFFILIE	
NOM : _____	N d'affiliation : _____

DATE D'ARRIVEE A LA LIGUE REGIONALE

CIVILITE	<input type="checkbox"/> MONSIEUR <input type="checkbox"/> MADAME
NOM	_____
PRENOM	_____
DATE DE NAISSANCE	___ / ___ / ___
TEL (*)	_____
Portable(*)	_____
Courriel(*)	_____

(*) facultatif

Adresse	_____

CP+Ville	_____

J'autorise la FFVB à m'adresser par courriel des informations concernant le volley-ball.

Je n'autorise pas la FFVB à diffuser mes coordonnées à ses partenaires

Loi Informatique et Libertés : Les informations recueillies dans le présent document sont nécessaires au traitement de votre adhésion. Conformément à la Loi 78-17 du 06/01/1978, vous pouvez demander à tout moment communication et rectification éventuelle de toute information vous concernant qui figurerait dans tout fichier à usage de la Compagnie, ses mandataires, réassureurs, et organismes professionnels ainsi que ceux des intermédiaires. Ce droit peut être exercé auprès de votre club.

DATE ET SIGNATURE DU LICENCIE
Date :
Signature :

RESERVE AU GROUPEMENT SPORTIF
Nom du Signataire :
Date :
Signature et cachet :

RESERVE A LIGUE REGIONALE
Nom du Signataire :
Date :
Signature et Cachet :