



MODALITES D'INSCRIPTION SÉNIOR :

- > Pour les jeunes, merci de faire compléter un certificat médical avec **simple surclassement** à votre médecin.
- > La licence ne sera pas créée temps que tous les documents et le règlement ne seront pas transmis au club, vous ne pourrez donc pas participer aux entraînements et compétitions puisque vous ne serez pas couvert (pas d'assurance).
- > **Ne pas agraffer ni plier les documents.**

Les documents à joindre à cette fiche :

- Chèque de cotisation à l'ordre du « AVB » d'un montant de _____ € (règlement possible en espèces).
- Un justificatif d'identité pour les nouveaux : copie de carte d'identité (recto-verso), passeport ou livret de famille.
- Le formulaire de Demande de licence FFVB complété, daté et signé (document joint) + photo.
- Certificat médical FFVB renseigné, daté et signé par le médecin si besoin.

TARIFS COTISATIONS 2022/2023 :

Année de N.	01 & avt.	02/04	05/07	08/09	10/11	12/15	16 & apr.	Dirigeants	Loisirs
Catégorie	Seniors	M21	M18	M15	M13	M11-9	Baby		Compet'lib
Tarifs	180 €	170 €	160 €	130 €	130 €	110 €	60 €	90 €	95 €



-> **PACK JOGGING 56€ (Veste + Jogging + Casquette) Bon de commande à compléter**



FICHE DE RENSEIGNEMENTS :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : _____ Nationalité : _____ Taille : _____

E-Mail : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____

Code postal : Ville : _____

Taille souhaitée pour les Equipements (XXS – XS – S – M – L – XL – XXL – XXXL) : _____

AUTORISATION PARENTALE : (pour les mineurs)

Je soussigné(e) (NOM-PRENOM), _____ agissant en qualité de parent représentant légal de l'enfant (NOM-PRENOM) : _____

- Autorise mon enfant à pratiquer le volley-ball au sein du club d'Avignon Volley-ball (AVB)
- Autorise mon enfant à quitter seul le lieu d'entraînement ou de compétition.
- Autorise les responsables du club à prendre toutes les mesures utiles en cas d'accident
- Êtes vous intéressé pour vous investir dans la vie associative du club ?
- Possédez-vous un BAFA ?
- Autorise les responsables du club à publier les photos de mon fils / ma fille dans les publications de l'AVB : réseaux sociaux, site du Avignon Volley-Ball, etc...

Fait à _____ le _____

Signature :



CHARTRE INTERNE DE BIENVEILLANCE ÉCOLOGIQUE :

- > Notre club s'engage pour le respect de l'environnement autour d'une charte Club éco-responsable.
- > C'est pour cela que nous avons besoins que les licenciés du club s'inscrivent dans ce projet ambitieux.

NOUS DEMANDONS A NOS LICENCIÉS LEUR CONTRIBUTION SUR LES 3 POINTS SUIVANTS :



Pour la saison tout 2022/2023 le club fournira une gourde à chaque licencié. Nous demandons à chaque licencié d'apporter sa gourde pour les entrainements et les matchs afin de supprimer l'utilisation de bouteilles d'eau.



Utiliser les poubelles tri sélectif dans le gymnase.



Favoriser le co-voiturage et le regroupement entre coéquipier pour tous les déplacements aux entrainements et aux matchs.

Fait à _____ le _____

Signature

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNECOMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Turéponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille un garçon Ton âge : ans

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance desport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

SAISON 2022/2023

Exemplaire original à conserver par le club et à archiver dans votre espace club

TYPES DE LICENCES ET EXTENSIONS	NOM DUGSA
Licence COMPETITION EXTENSION <input type="checkbox"/> VOLLEY-BALL <input type="checkbox"/> OUTDOOR <input type="checkbox"/> P.V. SOURD <input type="checkbox"/> P.V. ASSIS <input type="checkbox"/> COMPET'LIB Licence ENCADREMENT EXTENSION AVEC Certif.Médical <input type="checkbox"/> ARBITRE <input type="checkbox"/> EDUCATEUR SPORTIF <input type="checkbox"/> SOIGNANT EXTENSION SANS CM <input type="checkbox"/> DIRIGEANT <input type="checkbox"/> PASS BENEVOLE Licence HORS COMPETITION <input type="checkbox"/> EXTENSION Volley Pour Tous Licence TEMPORAIRE <input type="checkbox"/> Validité 1 Mois <input type="checkbox"/> Validité 3 Mois Réservée aux non-licenciés, Certificat Médical obligatoire	<h1>Avignon Volley-Ball</h1>
	NUMERO DU GSA <h1>0842424</h1>

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 NATIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION REGIONALE <input type="checkbox"/> MUTATION EXCEPTIONNELLE	NOM D'USAGE :		
	PRENOM :		
	NOM DE NAISSANCE :		
	DATE DE NAISSANCE :		
	LIEU DE NAISSANCE :		
	NATIONALITE <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> AFR Assimilé Français <input type="checkbox"/> Etrangère (UE/Hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB (UE/Hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB-ETR- REG (hors UE) <input type="checkbox"/> ETR/FIVB-UE-REG (UE)		
www.ffvolley.org    @ffvolley	ADRESSE :		
	CP :	VILLE :	
	TEL :	PORTABLE :	
	EMAIL* :		
	* L'adresse mail est obligatoire afin de vous permettre d'accéder à votre Espace Personnel		

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 FFvolley. Fait le..... Signature et cachet du médecin :

QUESTIONNAIRES DE SANTE
<input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire de Santé FFvolley http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sport_2022-23.pdf
<input type="checkbox"/> J'atteste avoir répondu négativement à toutes les questions du Questionnaire Relatif à l'Etat de Santé du Sportif mineur http://extranet.ffvb.org/data/Files/documents/medical/FFvolley_qs_sportifs_mineurs_2022-23.pdf

INFORMATIONS ASSURANCES
Je soussigné, atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Volley- Ball et des disciplines associées, de mon intérêt et de la possibilité de souscrire à l'une des garanties d'assurance individuelle Accident Corporel proposée avec ma licence (base, option A ou B). <input type="checkbox"/> Reconnais avoir lu et pris connaissance des informations ci-jointes au présent document. <input type="checkbox"/> Décide de souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » et choisis l'Option de base incluse dans la licence (valorisée à 0,58€ TTC). <input type="checkbox"/> Décide de souscrire une option complémentaire et acquitte la somme de : ++ Option A (5,05€ TTC) ou ++ Option B (9,04€ TTC) . <input type="checkbox"/> Décide de ne pas souscrire au contrat collectif « Accident Corporel » (base, A ou B). Je n'acquiesce pas le montant de la prime d'assurance correspondante. Je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFvolley. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

<input type="checkbox"/> J'atteste ne pas avoir été licencié COMPETITION en « VB, OUTDOOR, PV » ou ENCADREMENT dans un autre GSA lors de la saison précédente. <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas recevoir d'informations commerciales de la part de la FFvolley relatives à ses activités. <input type="checkbox"/> J'accepte de recevoir des communications et offres de la part de la FFvolley à propos de ses partenaires. <small>La Fédération Française de Volley (FFVolley - responsable du traitement) traite vos données personnelles et voire celles de vos représentants légaux dans le cadre de la gestion de votre licence (en ce y compris de votre demande de renouvellement de licence) sur la base de l'exécution de la mission d'intérêt public déléguée à la FFVolley. Vos données peuvent être communiquées aux personnes en charge au sein de la FFVolley, nos prestataires techniques, notre assureur, ainsi que le cas échéant aux organisateurs de compétitions, à la Fédération internationale de volley. La FFVolley a désigné un DPD que vous pouvez contacter par mail : protectiondesdonnees@ffvb.org ou par courrier à l'attention du DPD de la FFVolley 17 rue Georges Clemenceau, 94607 Choisy le Roi Cedex. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données et sur vos droits conformément au Règlement (UE) 2016/679 dit « RGPD », consultez le DPD à l'adresse électronique indiquée.</small>
--

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

INFORMATION ASSURANCE LICENCE 2022/2023

Les contrats sont consultables sur le site de la FFvolley : <http://www.ffvb.org/la-ffvb/l-assurance/>

RESPONSABILITE CIVILE : votre licence comporte une garantie d'assurance Responsabilité Civile obligatoire (L321-1 code du sport).

Ce contrat d'assurance vous couvre pendant la pratique sportive autorisée par votre licence FFvolley. Il vous assure contre les conséquences financières des dommages corporels et matériels que vous causez à des tiers. Le contrat d'assurance Responsabilité Civile porte le numéro 3087988J. Il est souscrit auprès de la MAIF, société d'assurance mutuelle à cotisation variables, CS 90000- 79038 Niort cedex 9. La notice d'information détaillée peut être consultée ou téléchargée depuis le site internet de la FFvolley, rubrique « assurance ».

Les formules « accident corporel » sont proposées par la MAIF, société d'assurance mutuelle à cotisation variables, CS 90000- 79038 Niort cedex 9.

Les contrats d'assurances ont été souscrit par l'intermédiaire d'AIAC courtage, Société de Courtage d'Assurances selon le b) de l'article L520-1 du code des assurances - S.A.S au capital de 306.000 € - SIREN 784 199 291 - RCS PARIS - N° immatriculation ORIAS 07 005 935 - Service réclamation : 14 rue de Clichy-75009 PARIS - reclamation@aiac.fr - soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest, CS92459, 75436 Paris cedex 09.

INDIVIDUELLE ACCIDENT : La FFvolley attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.

Dans ce cadre, la FFvolley propose à ses licenciés trois formules facultatives d'assurance « Accident Corporel » : base, option A et option B. Ces formules vous couvrent pendant la pratique sportive autorisée par votre licence FFvolley. Elles sont présentées ci-dessous et dans la notice d'information réalisée par la MAIF et consultable sur le site internet de la FFvolley à la rubrique assurances. Votre GSA vous en a remis un exemplaire.

Si les Options complémentaires offrent des niveaux de garanties supérieures aux garanties de base, elles ne permettent pas, dans tous les cas, d'obtenir la réparation intégrale du préjudice. Le licencié est par conséquent invité à se rapprocher de son conseil en assurances qui pourra lui proposer des garanties adaptées à sa situation personnelle.

MODALITES DE CONCLUSION DU CONTRAT

Pour souscrire l'une des options « Accident Corporel », il vous suffit de cocher dans le pavé « Assurances » du formulaire de prise de licence la case correspondante et d'acquiescer avec votre licence le montant de la prime correspondant à l'option choisie.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES/ DUREE :

La garantie prend effet le jour de l'enregistrement de la licence auprès de la FFvolley et du règlement de la prime correspondante.

Elle prend fin le jour où la licence FFvolley pour la saison en cours n'est plus valide.

Garantie Accident Corporel de base (0,58 € TTC)

DECES	LICENCIES FFvolley	Franchise
FRAIS D'OBSEQUES	10 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE	L'indemnité est calculée en multipliant le taux d'invalidité (IPP), déterminé lors de la consolidation de l'assuré, par le capital défini ci-dessous.	Néant
IPP <30%	20 000 €	Néant
30% <= IPP <66%	50 000 €	
66% <= IPP <=100%	100 000 € (versé à 100% si tierce personne)	
FRAIS DE TRAITEMENT (1)	125 % de la base de remboursement Sécurité Sociale	Néant
BONUS SANTE	Au-delà des prestations de base ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « BONUS SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1.500 €. Ce Bonus Santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur. L'assuré pourra disposer de ce Bonus pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge : <ul style="list-style-type: none"> dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux, prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale, soins dentaires et optiques, en cas d'hospitalisation : la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) // si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet, frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.	Néant
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	100 %	Néant
INDEMNITE HOSPITALISATION	15 €/jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation (dans la limite de 150 jours)	Néant
SOINS DENTAIRES ET PROTHESES	150 € par dent	Néant
APPAREIL ORTHODONTIQUE	80 € par accident	Néant
OPTIQUE	Lunettes : 200 € par accident (verre + monture) Lentilles non jetables : 100 € par lentille	Néant
FRAIS DE TRANSPORT		Néant
Frais de 1 ^{er} transport	100 %	
Transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	160€ par accident	

(1) Les Assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.

OPTIONS COMPLEMENTAIRES A et B : Tout licencié de la FF Volley peut souscrire à titre individuel, à des garanties complémentaires en cas de dommage corporel suite à un accident de sport en sus des garanties de base. Le complément de cotisation est perçu avec l'adhésion à la licence.

GARANTIES COMPLEMENTAIRES	OPTION A 5,05€	OPTION B 9,04€	FRANCHISE
DECES	10 000 €	20 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE TOTALE	10 000 €	20 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE	10 000 € x taux d'invalidité	20 000 € x taux d'invalidité	Néant
GARANTIE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE TRAITEMENT (1)	500 € / accident	500 € / accident	Néant
INDEMNITES JOURNALIERES (2)		30 € par jour (maximum : 365 jours)	10 jours

(1) Cette garantie intervient en complément de la garantie de base, sur justificatifs, pour tous types de traitement engagés par l'assuré et médicalement prescrits, en complément ou non de la Sécurité Sociale.

(2) Lorsque l'assuré a été en incapacité temporaire totale de travail suite à un accident, la MAIF verse une indemnité à concurrence du montant indiqué au tableau ci-dessus :
- dans la limite de la perte de revenus réelle : pertes de salaire, prime et autre manque à gagner, sur présentation de justificatifs et sous déduction des indemnités versées par le(s) régime(s) de prévoyance et de celles attribuées au titre de la loi sur la mensualisation et de la convention collective applicable,
- après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise, fixée à 10 jours,
- pendant au maximum 365 jours.
L'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de l'assuré.

INFORMATION SUR LES CONTRATS : Lorsque vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses d'application de votre contrat notamment à la souscription ou en cas de sinistre, contactez: AIAC courtage : N° VERT : 0 800 886 486

QUE FAIRE EN CAS D'ACCIDENT ?

Remplissez le formulaire de déclaration d'accident que vous trouverez en ligne sur le site internet de la FFvolley (rubrique assurances).

Pour faire appel à MAIF ASSISTANCE 7/24: appelez depuis l'étranger le +33.5.49.77.47.78 - depuis la France : 0800.875.875

contrat MAIF n°3087988J - Attention, aucune prestation d'assistance ne sera délivrée sans l'accord préalable de MAIF Assistance.

PACK JOGGING AVB 22/23

Nemesis

Full length zip top

SR M L XL XXL 3XL 4XL 5XL JR 4XS 3XS XXS XS S
SR : Senior JR : Junior



Jotnar

Pants

SR M L XL XXL 3XL 4XL 5XL JR 4XS 3XS XXS XS S
SR : Senior JR : Junior



Veste SR/JR taille pour la saison 2022/2023

Jogging SR/JR taille pour la saison 2022/2023

Sexe :

+ Casquette

Prix du pack : 56 €

JUNIOR UP TO 13 YEARS OF AGE / JUSQU'À 13 ANS

U INDEX	BOY/UNISEX							
	HEIGHT		CHEST		WAIST		HIP	
	cm	feet	cm	inch	cm	inch	cm	inch
4XS	110 - 119	3ft6 - 3ft9	60 - 64	23.5 - 25	56 - 59	22 - 23	66 - 70	26 - 27.5
3XS	120 - 132	3ft9 - 4ft3	64 - 72	25 - 28	59 - 64	23 - 25	70 - 76	27.5 - 30
XXS	133 - 146	4ft3 - 4ft8	72 - 80	28 - 31.5	64 - 69	25 - 27	76 - 82	30 - 32
XS	147 - 160	4ft8 - 5ft2	80 - 88	31.5 - 34.5	69 - 74	27 - 29	82 - 88	32 - 34.5
S	160 - 172	5ft2 - 5ft6	88 - 96	34.6 - 37.8	74 - 79	29 - 31	88 - 94	34.6 - 37

JUNIOR UP TO 13 YEARS OF AGE / JUSQU'À 13 ANS

W	GIRL							
	HEIGHT		CHEST		WAIST		HIP	
	cm	feet	cm	inch	cm	inch	cm	inch
4XS	110 - 119	3ft6 - 3ft9	60 - 64	23.5 - 25	55 - 57	21.5 - 22.5	66 - 70	26 - 27.5
3XS	120 - 132	3ft9 - 4ft3	64 - 71	25 - 28	57 - 60	22.5 - 23.5	70 - 76	27.5 - 30
XXS	133 - 146	4ft3 - 4ft8	71 - 77	28 - 30	60 - 63	23.5 - 25	76 - 82	30 - 32
XS	147 - 160	4ft8 - 5ft2	77 - 83	30 - 32.7	63 - 66	25 - 26	82 - 88	32 - 34.6
S	159 - 168	5ft2 - 5ft5	84 - 88	33 - 34.5	67 - 71	26 - 28	91 - 95	35.8 - 37.5

ADULT

U INDEX	MAN/UNISEX							
	HEIGHT		CHEST		WAIST		HIP	
	cm	feet	cm	inch	cm	inch	cm	inch
M	171 - 179	5ft6 - 5ft8	96 - 100	38 - 39.5	84 - 88	33 - 34.5	96 - 100	37.8 - 39.5
L	178 - 185	5ft8 - 6ft	100 - 104	39.5 - 41	88 - 92	34.5 - 36	100 - 104	39.5 - 41
XL	183 - 190	6ft - 6ft2	104 - 108	41 - 42.5	92 - 97	36 - 38.2	104 - 108	41 - 42.5
XXL	188 - 195	6ft1 - 6ft4	108 - 113	42.5 - 44.5	97 - 102	38.2 - 40	108 - 112	42.5 - 44
3XL	193 - 200	6ft3 - 6ft5	113 - 122	42.5 - 48	102 - 112	40 - 44	112 - 121	44 - 47.6
4XL	198 - 205	6ft5 - 6ft7	122 - 131	48 - 51.6	112 - 122	44 - 48	121 - 130	47.6 - 51.2
5XL	203 - 210	6ft6 - 6ft8	131 - 140	51.6 - 55	122 - 132	48 - 52	130 - 139	51.2 - 54.7

ADULT

W	WOMAN							
	HEIGHT		CHEST		WAIST		HIP	
	cm	feet	cm	inch	cm	inch	cm	inch
M	167 - 175	5ft4 - 5ft7	88 - 92	34.5 - 36	71 - 75	28 - 29.5	95 - 99	37.5 - 39
L	173 - 181	5ft6 - 5ft9	92 - 96	36 - 38	75 - 79	29.5 - 31	99 - 103	39 - 40.5
XL	179 - 187	5ft8 - 6ft1	96 - 100	38 - 39	79 - 83	31 - 33	103 - 107	40.5 - 42
XXL	185 - 191	6ft1 - 6ft2	100 - 104	39 - 41	83 - 87	33 - 34	107 - 111	42 - 43.5
3XL	188 - 194	6ft1 - 6ft3	104 - 110	41 - 43	87 - 93	34 - 36.5	111 - 117	43.5 - 46
4XL	193 - 200	6ft3 - 6ft5	110 - 116	43 - 45.5	93 - 99	36.5 - 39	117 - 123	46 - 48.5

