

**FICHE INDIVIDUELLE D'ADHESION**  
**Les Falcons Bron-Villeurbanne**

Espace Réservé à  
l'association

**1<sup>er</sup> Juillet au 30 Juin 2012**

Nom

Prénom

Né(e) le  /  /

Nationalité

Adresse

Code Postal

Ville

Tel	Domicile	<input type="text"/>
Portable	Adhérent	<input type="text"/>
Portable	Responsable légal	<input type="text"/>

Email en majuscule adhérent

Email en majuscule du responsable légal

**Informations complémentaires**

Profession, ou études en cours et établissement.....

Profession du père : .....

Profession de la mère : .....

**Pour les adhérents demandeurs d'une licence joueur**

Catégorie (préciser si il y a un surclassement) : .....

Taille : ..... Poids : ..... Années d'expérience : .....

Commentaire (ex : traitement, allergies) : .....

Fait à : ..... Le .....

Signature:

*\*Du responsable légal pour les mineurs*

## AUTORISATIONS ET ATTESTATIONS

A faire signer par le responsable légal de l'adhérent ou l'adhérent lui-même s'il est majeur.

**Je soussigné** .....  
**Responsable légal de** .....

**1) Autorise / n'autorise pas – (rayer la mention inutile)**

les responsables du club à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident ainsi que de faire transporter l'adhérent nommé ci-dessus dans l'établissement hospitalier le plus proche.

**2) Autorise / n'autorise pas – (rayer la mention inutile) pas**

L'adhérent nommé ci-dessus à monter dans le véhicule (assuré pour le transport des personnes) du club, d'un employé ou bénévole du club ou de tout autre transporteur privé, en vue de se rendre sur des manifestations liées aux **FALCONS**.

**3) Autorise / n'autorise pas – (rayer la mention inutile) pas**

L'adhérent nommé ci-dessus à pratiquer dans la catégorie directement supérieure (une fiche type pour la FFFA devra alors être fournie et signée).

**4) Autorise / n'autorise pas – (rayer la mention inutile) pas**

Le club **Les FALCONS** à utiliser des photographies et des vidéos de l'adhérent nommé ci-dessus, pour nos propres documents de communications ainsi que pour des parutions presse écrite et télévisuelle.

**5) Atteste**

Etre informé de la procédure à suivre en cas d'accident survenu lors d'un événement du club.

**6) Atteste**

Etre informé des contraintes médicales (produits et méthodes interdites) liée à la pratique compétitive du Football Américain et/ou du Flag.

**7) Atteste**

Etre informé que tout matériel mis à disposition par le club devra être restitué avant le 30 juin 2012. Dans le cas contraire le club encaissera les cautions. Par ailleurs ce matériel est prêté, il pourra être réclamé en cours de saison dans le cas d'un abandon de l'adhérent ou de besoins exceptionnels du club.

**8) Atteste**

Etre informé des risques inhérents à la pratique du Football Américain et/ou du Flag

**Fait à** : ..... **Le** .....

**Signature:**

*\*Du responsable légal pour les mineurs*

## AUTORISATION PARENTALE DE SURCLASSEMENT

Je soussigné(e) M., Mme .....  
(Nom et Prénom du responsable légal)

certifie être le responsable du mineur : .....

né(e) le : ...../...../....., à .....

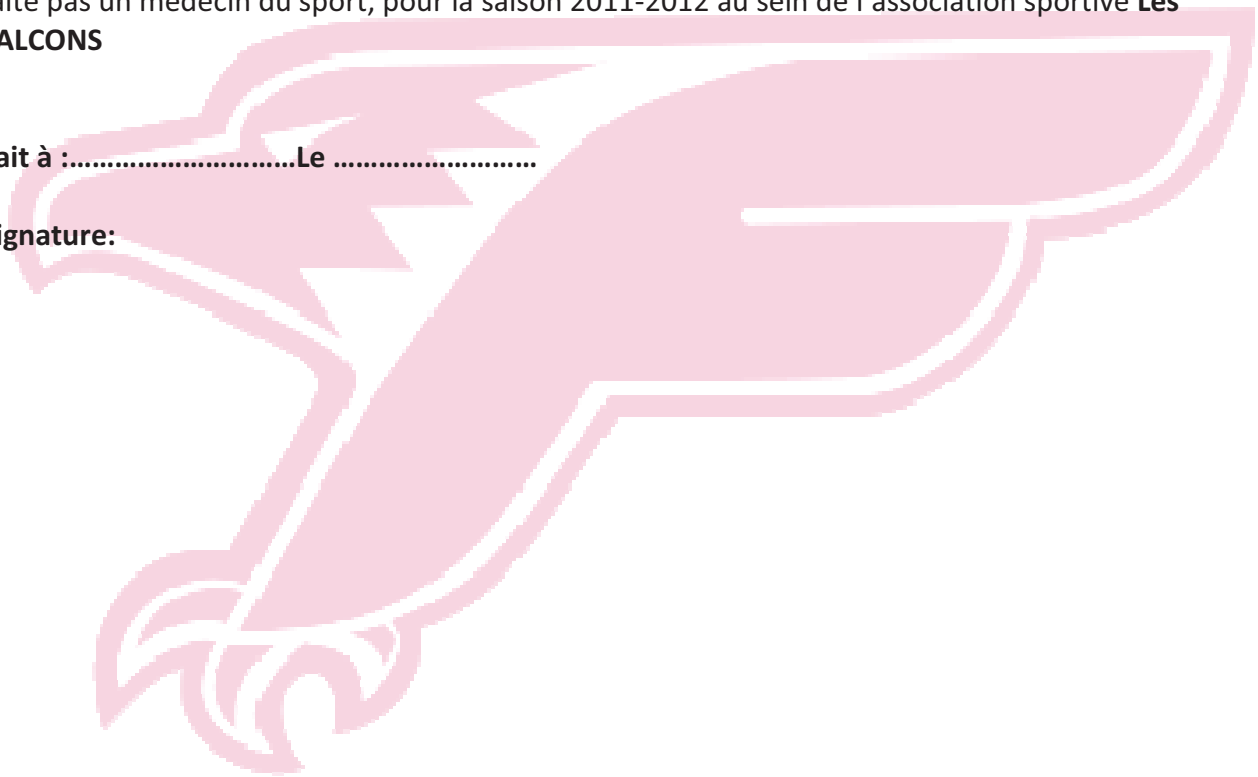
et l'autorise à pratiquer le ....., (Discipline pratiquée)

dans la catégorie immédiatement supérieure à celle de son âge avec autorisation médicale

faite par un médecin du sport, pour la saison 2011-2012 au sein de l'association sportive **Les FALCONS**

Fait à : ..... Le .....

Signature:





## PIECES A FOURNIR

Nous vous rappelons qu'il est nécessaire de disposer d'une licence afin de pratiquer le football américain en équipement. Cette licence délivrée par la F.F.F.A vous autorise à pratiquer l'activité et vous couvre en cas d'accident.

Pour cette raison l'accès aux entraînements ne sera autorisé qu'aux personnes ayant payés leur licence. Afin de vous permettre d'intégrer au plus tôt les entraînements, vous trouverez ci-dessous tous les documents nécessaires à votre inscription :

	<b>La fiche de renseignements dûment remplie dans la partie réservée au licencié</b>
	<b>Le formulaire de licence football américain complété et signé par vous et par un médecin</b>
	<b>Le formulaire de licence FLAG complété et signé par vous et par un médecin.</b>
	<b>Le formulaire « SPORTMUT » complété et signé même si vous ne souscrivez pas.</b>
	<b>2 photos d'identités avec votre nom au dos.</b>
	<b>2 enveloppes timbrées avec vos coordonnées.</b>

### TARIFS DES LICENCES :

- **Minimes** (9 à 12ans) 140€
- **Cadets** (12-16ans) 140€
- **Juniors** (16-20ans) 190€ (licence football)
- **Seniors** (+ de 20ans) 190€ (licence football)
- **FLAG** toutes catégories 100€

**Toutes les cotisations sont payables en 3 fois, mais l'ensemble des chèques doit être remis à l'inscription avec les dates d'encaissement figurant au dos. Le premier chèque doit être encaissable dès la prise de la licence, et doit être d'un montant minimum de 50€.**

Liquide	€		
Nombre de chèques			
Cheque #1	€	A encaisser le	
Cheque #2	€	A encaisser le	
Cheque #3	€	A encaisser le	

*Toutes les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion, elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat du club. Ces informations sont confidentielles et ne seront en aucun cas divulguées (exceptée à la FFFA, pour les éléments constitutifs de la prise de licence FFFA).*





# DEMANDE DE LICENCE - F.F.F.A. - FLAG

Ligue Régionale : Code : Club : Code : 79, rue Rateau 93120 La Courneuve  
Tél. 01 43 11 14 70 - Fax 01 43 11 14 71

## INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom :  Prénom :  Sexe (M ou F) : Adresse :   
suite Code Postal :  Ville : Tél. :  Email : Date de Naissance :  Lieu :  Dpt : Pays :  Nat. :  JAF (O/N) : 

### (A remplir en cas de renouvellement)

# Licence joueur  # Licence non joueur  # Licence arbitres/juge 

**Signature du demandeur**, ou de son représentant légal s'il est mineur  
le demandeur est informé qu'il doit être assuré avant de pratiquer la discipline à laquelle il adhère. De plus il reconnaît avoir reçu une notice établie par un assureur attirant son attention sur l'intérêt à souscrire une assurance de personne couvrant les dommages corporels, ainsi qu'un formulaire de souscription lui offrant plusieurs formules de garanties et avoir été informé de leurs modalités.

## TARIF LICENCE FEDERALE

(A) Catégorie	(B) Fonction NJ	(C) Niveau arbitre
+18 ans <input type="checkbox"/> 22,04 €	Président <input type="checkbox"/> 16,40 €	International <input type="checkbox"/> 25,22 €
- 18 ans + <input type="checkbox"/> 22,04 €	Trésorier <input type="checkbox"/> 16,40 €	National <input type="checkbox"/> 25,22 €
- 18 ans <input type="checkbox"/> 22,04 €	Secrétaire <input type="checkbox"/> 16,40 €	Fédéral <input type="checkbox"/> 25,22 €
- 15 ans + <input type="checkbox"/> 22,04 €	Entraîneur <input type="checkbox"/> 16,40 €	
- 15 ans <input type="checkbox"/> 10,97 €	Encadrement Médical <input type="checkbox"/> 16,40 €	
- 13 ans + <input type="checkbox"/> 10,97 €	Autres <input type="checkbox"/> 16,40 €	
- 13 ans <input type="checkbox"/> 10,97 €		
- 11 ans+ <input type="checkbox"/> 10,97 €		
- 11 ans <input type="checkbox"/> 10,97 €		
Loisir <input type="checkbox"/> 1,54 €		

Visa club  
(Date/Tampon/Signature du président)

Le .... / .... / ....

A =  B =  C =  A+B+C =  € reversé par le club à la fédération

## CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE

à la pratique de la discipline en compétition

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_ diplômé de Médecine ou de traumatologie du sport  
demeurant \_\_\_\_\_certifie avoir examiné le demandeur de la présente licence, et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents  
contre-indiquant la pratique du \_\_\_\_\_ en tant que :Joueur : Arbitre : 

Signature et cachet du médecin

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

## DEMANDE DE SURCLASSEMENT

e sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médico-sportive), un médecin diplômé peut l'autoriser à pratiquer  
discipline en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieur, en respect du règlement médical de la F.F.F.A.Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_ diplômé de traumatologie du sport, titulaire de la capacité de médecine  
du sport ou titulaire du Certificat d'Enseignement Spécialisé, certifie après avoir procédé aux examens prévus par la réglementationen vigueur, que le demandeur de la présente licence est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieur de la discipline  
en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel.

Signature et cachet du médecin

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Les signataires de la présente demande de licence certifient l'exactitude de tous les renseignements portés. Ils s'engagent, en outre, à respecter les Statuts et Règlements de la F.F.F.A. et la réglementation applicable  
au dopage et à subir en conséquence tous les examens et prélèvements. La communication de ces informations est le préalable obligatoire à l'obtention d'une licence fédérale. Le défaut total ou partiel, de réponse,  
entraînera l'annulation de la demande. Conformément à la loi "Informatique et Liberté" No 79-17, du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous  
concernant. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la FFFA indiquée ci-dessous. Par notre intermédiaire, vos coordonnées peuvent être diffusées à des partenaires commerciaux de la  
fédération. Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre.

## DEMANDE D'ADHESION

(l'adhérent est toujours l'assuré)

Assuré : M.  Mme  Mlle   
 Nom : \_\_\_\_\_ Nom de Jeune Fille : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code Postal : [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Profession (nature exacte) : \_\_\_\_\_ Téléphone : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 Fédération ou Association sportive par laquelle ou au titre de laquelle le régime de base a été souscrit : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat "SPORTMUT" ayant pour objet de proposer des **garanties complémentaires** en cas de dommage corporel suite à un accident de sport **en sus du régime de prévoyance de base** dont je suis déjà bénéficiaire auprès de la M.D.S.

J'ai décidé  d'adhérer à SPORTMUT  
 de ne pas y adhérer

Je déclare pratiquer les sports suivants : \_\_\_\_\_

Date limite de l'adhésion : 60<sup>e</sup> anniversaire.

Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré :

- mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon concubin notoire, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.  
 Autres dispositions : \_\_\_\_\_

FORMULES	Capital Décès (€)	Capital Invalidité (100 % IPP) (€)	Indemnités Journalières (1) (€)	Cotisation Globale Annuelle		Cotisation Globale Annuelle		CLASSEMENT DES SPORTS
				SP : I (€)	SP : II (€)	SP : III (€)	SP : IV (€)	
<input type="checkbox"/> *	-	30 489,80	-	6,30	8,30	24,50	69,80	<b>SPORTMUT I :</b> Activités Culturelles et Artistiques, Aquagym, Athlétisme (sauf triathlon et pentathlon moderne), Aviron, Badminton, Ballon au Poing, Base-Ball, Basket, Billard, Boules, Boxe amateur, Boxe Française, Course d'orientation, Culture Physique, Danse et Expression Corporelle, Escrime, Flag, Football, Golf, Goshindo, Gymnastique, Hand-Ball, Haltérophilie, Jeu de Paume, Judo, Karaté, Longue Paume, Lutte, Majorettes, Moving, Natation, Nin Jutsu, Nunchaku, Pelote Basque, Quilles et Bowling, Randonnées Pédestres, Sauvetage et Secourisme, Scoutisme, Skate-Board, Ski-Nautique, Squash, Surf, Tennis, Taekwondo, Tennis de Table, Tennismen Footballleurs, Tir, Tir à l'Arc, Trampoline, Voile, Volley-Ball, Yoga.  <b>SPORTMUT II :</b> Canoë-Kayak, Football Américain, Kick Boxing, Patinage sur Glace, Pêche en Mer, Plongée, Rugby.  <b>SPORTMUT III :</b> Bicross, Cyclisme, Cyclotourisme, Equitation, Hockey sur Glace, Mountain Bike, Pentathlon Moderne, Planche à voile, Ski, Surf des Neiges, Triathlon.  <b>SPORTMUT IV :</b> Alpinisme, Automobile, Bobsleigh, Canyoning, Escalade, Luge, Moto, Motonautisme Spéléologie, Sports Mécaniques, Varappe.
<input type="checkbox"/> **	15 244,90	30 489,80	-	7,70	9,70	32,70	112,50	
<input type="checkbox"/>	15 244,90	-	7,62 €/Jour	17,70	24,90	34,40	116,30	
<input type="checkbox"/>	15 244,90	30 489,80	7,62 €/Jour	20,60	29,80	55,50	182,70	
<input type="checkbox"/> *	-	60 979,61	-	9,30	13,20	45,60	136,30	
<input type="checkbox"/>	30 489,80	60 979,61	-	12,00	16,00	62,00	221,50	
<input type="checkbox"/>	30 489,80	-	15,24 €/Jour	32,00	46,50	65,40	229,20	
<input type="checkbox"/>	30 489,80	60 979,61	15,24 €/Jour	38,00	56,40	107,60	362,10	
<input type="checkbox"/> *	-	91 469,41	-	12,20	18,10	66,70	202,80	
<input type="checkbox"/>	45 734,71	91 469,41	-	16,40	22,30	91,30	330,60	
<input type="checkbox"/>	45 734,71	-	22,87 €/Jour	46,40	68,10	96,50	342,10	
<input type="checkbox"/>	45 734,71	91 469,41	22,87 €/Jour	55,20	82,90	159,80	541,50	
<input type="checkbox"/> *	-	121 959,21	-	15,20	23,00	87,80	269,20	
<input type="checkbox"/>	60 979,61	121 959,21	-	20,70	28,60	120,60	439,70	
<input type="checkbox"/>	60 979,61	-	30,49 €/Jour	60,70	89,70	127,50	455,00	
<input type="checkbox"/>	60 979,61	121 959,21	30,49 €/Jour	72,50	109,40	211,90	720,90	
<input type="checkbox"/> *	-	152 449,01	-	18,20	28,00	108,90	335,70	
<input type="checkbox"/>	76 224,51	152 449,01	-	25,00	34,90	149,90	548,80	
<input type="checkbox"/>	76 224,51	-	38,11 €/Jour	75,00	111,30	158,60	568,00	
<input type="checkbox"/>	76 224,51	152 449,01	38,11 €/Jour	89,80	135,90	264,10	900,30	

Ces cotisations tiennent compte des taxes sur les conventions d'assurance résultant de l'entrée en vigueur de la Loi de finances rectificative n° 2005-1720 du 30 décembre 2005.

(\*) Options réservées aux mineurs âgés de moins de 12 ans

(\*\*) Formule pouvant être accordée aux personnes âgées de plus de 65 ans

Dans toutes ces formules les indemnités journalières sont versées à compter du 31<sup>e</sup> jour d'incapacité temporaire Totale de travail ou à partir du 4<sup>e</sup> jour en cas d'hospitalisation et ce, jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours.

Le non renouvellement de la cotisation annuelle par l'assuré met fin de plein droit à l'adhésion 40 jours après le terme principal de la dernière échéance. Je certifie sur l'honneur ne pas être atteint(e) d'une infirmité ou d'un handicap. Au cas contraire prendre contact avec la M.D.S.

Je suis informé(e) que la loi du 6 janvier 1978 "Informatique et Liberté" me donne le droit de demander communication et rectification de toutes informations me concernant qui figureraient sur tout fichier de la Fédération ou de l'Association ou de la M.D.S. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la M.D.S. indiquée ci-dessous.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent\*

\* faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé"

# SPORTMUT

## CONTRAT COLLECTIF DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE RÉSERVÉ AUX MEMBRES DE LA M.D.S. BÉNÉFICIAIRE DE GARANTIES COLLECTIVES DE BASE

### NOTICE D'INFORMATION

En adhérant à SPORTMUT vous pouvez bénéficier de garanties complémentaires en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique du ou des sports déclarés sur la demande d'adhésion :

#### UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :

Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'invalidité égale à 100%. Ce capital est réduit lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 100%. **Aucun capital n'est versé pour un taux d'invalidité inférieur ou égal à 5%.**

#### DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE :

**Garantie ne pouvant être souscrite que si vous exercez une activité professionnelle rémunérée régulière.**

Les indemnités vous sont versées mensuellement à terme échu, dans la limite de la perte de revenus réelle et du montant de garantie souscrit (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. **La période de franchise n'est pas indemnisée.** La durée d'indemnisation est de 365 ou de 1095 jours selon votre choix.

**Quelle que soit la durée d'indemnisation choisie, l'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de votre état de santé.**

Vous ne pouvez choisir un montant de garantie qui vous ferait bénéficier en arrêt de travail de ressources supérieures à celles dont vous disposez en période d'activité.

Un justificatif de revenus est exigé.

UN CAPITAL DÉCÈS : qui sera versé au bénéficiaire désigné.

#### FORMULES ENFANT :

Seules les formules marquées d'un astérisque (\*) dans le tableau figurant au recto peuvent être souscrites pour les mineurs de moins de 12 ans.

Pour les mineurs âgés de 12 à 18 ans, le bulletin devra être revêtu de la signature de ceux-ci, et de celle des parents ou des représentants légaux.

#### FORMULE + 65 ANS :

Seule la formule marquée de deux astérisques (\*\*) dans le tableau figurant ci-dessous peut être souscrite par les personnes âgées de plus de 65 ans.

### MODALITÉS D'ADHÉSION

Des formules de garanties pré-tarifées vous sont proposées ci-dessous.

Si l'une de ces formules vous convient, vous pouvez remplir la demande d'adhésion et l'adresser à la M.D.S. accompagnée de votre règlement (\*). A réception la M.D.S. vous adressera un certificat d'adhésion accompagné des conditions générales du contrat SPORTMUT. Vous disposerez alors d'un délai de 40 jours pendant lequel vous pourrez renoncer à votre adhésion. Passé ce délai votre adhésion deviendra définitive.

**Si ces formules ne sont pas adaptées à vos souhaits, vous pouvez en choisir d'autres : il vous suffit de contacter la M.D.S.**

(\*) Les garanties prennent effet le lendemain de l'envoi à la M.D.S. de la demande d'adhésion accompagnée du règlement de l'option choisie.



**GROUPE MDS**  
Mutuelle des Sportifs

2-4, RUE LOUIS DAVID - 75782 PARIS CEDEX 16  
TÉL. : 01 53 04 86 86 - FAX : 01 53 04 86 87