

# Pièce à fournir SENIOR

## Renouvellement et Première licence

- Feuille de licence remplie avec le certificat médical
- SPORTMUT rempli (même si vous ni adhérez pas)
- 1 photo d'identité
- Photocopie de la pièce d'identité
- Photocopie de la carte vitale
- Autorisation droit à l'image
- Chèque\* de licence de 120€
- Chèque\* pack protection & textile 130€ (70€ pour les renouvellements)
- Chèque\* de caution 400€ (rendu en fin d'année après restitution des équipements)
- Chèque\* de caution propreté de 20€ (rendu si l'équipement est restitué complet et propre)

 Tout dossier incomplet sera refusé !

\*tous les chèques doivent être à l'ordre des Diables rouges.



**DEMANDE DE LICENCE - FFFA  
SAISON 2016/2017**

Club :

**INFORMATION DU DEMANDEUR**

Nom :

Prénom :

Sexe : M  F

Adresse :

Code postale :  Ville :

Téléphone :

Courriel :

Date de naissance :

Lieu de naissance :  Département :

Nationalité :  JAF : Oui  Non

**LICENCE**

*A remplir en cas de renouvellement*  
Numéro de licence :

Signature du demandeur (ou de son représentant légal s'il est mineur) :

**CHOIX DE LA LICENCE**

FOOTBALL AMERICAIN			FLAG			CHEERLEADING		
Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral
Loisir U10		12,11	Loisir U8		12,11	Loisir U8		12,11
Loisir U12		12,11	Loisir U11		12,11	Loisir U11		12,11
Compétition U12		21,83	Compétition U11		12,11	Compétition U11		12,11
U12 surclassé U14		21,83	U11 surclassé U13		12,11	U11 surclassé Junior		12,11
Loisir U14		12,11	Loisir U13		12,11	Loisir Junior		12,11
Compétition U14		21,83	Compétition U13		12,11	Compétition Junior		12,11
U14 surclassé U16		54,76	U13 surclassé U15		12,11	Junior surclassé en seniors		24,32
Loisirs U16		12,11	Loisir U15		12,11	Loisir senior		12,11
Compétition U16		54,76	Compétition U15		12,11	Compétition senior		24,32
U16 surclassé U19		54,76	U15 surclassé U17		24,32	Entraîneur		18,11
Loisirs U19		30,44	Loisir U17		12,11	Dirigeant		18,11
Compétition U19		54,76	Compétition U17		24,32	Juge		27,84
U19 surclassé senior		60,87	U17 surclassé + 17 ans		24,32			
Loisirs Senior		30,44	Loisir + de 17 ans		12,11			
Compétition Senior		60,87	Compétition + de 17 ans		24,32			
Issus d'un championnat majeur		371,44	Entraîneur		18,11			
Entraîneur		18,11	Dirigeant		18,11			
Dirigeant		18,11	Arbitre		27,84			
Arbitre		27,84						
Total :		€	Total :		€	Total :		€

*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. Si le licencié ne souhaite pas souscrire à l'assurance proposée par la Fédération, il doit cocher la case suivante et faire parvenir à son club et à la Fédération, une attestation d'individuel accident couvrant sa pratique sportive.*

Visa du club (date / tampon / signature) :

**TOTAL REVERSE A LA FEDERATION :** €

Le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE EN COMPETITION OU EN LOISIR**

Je soussigné(e), Docteur

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 : **FOOTBALL AMERICAIN**  en tant que : Joueur :   
 Arbitre :   
**FLAG**  en tant que : Joueur :   
 Arbitre :   
**CHEERLEADING**  en tant que : Joueur :

Signature et cachet du médecin :  
 A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

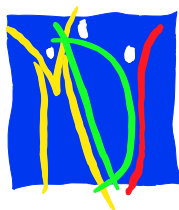
**DEMANDE DE SURCLASSEMENT DU MEDECIN DU SPORT**

Si le 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 la discipline en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieur, en respect du règlement médical de la FFFA et sous réserve de pouvoir présenter un électrocardiogramme de repos

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_  
 diplômé de traumatologie du sport, titulaire de la capacité de médecine du sport ou titulaire du Certificat d'Enseignement Spécialisé, certifié après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en 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 FFFA. 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, entrainera 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 le licencié)*

M.  Mme  Melle  Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de Jeune Fille : ..... Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Profession (nature exacte) : .....  
 Téléphones : fixe ..... mobile .....  
 Email : .....  
 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 sus du régime de prévoyance de base souscrit, pour le compte de ses licenciés, par la Fédération Française de Football Américain auprès de la M.D.S. en cas de dommage corporel suite à un accident garanti.

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

Date limite de l'adhésion : 60<sup>ème</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 partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou mon concubin notoire, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.  
 Autres dispositions : .....

FORMULE DE GARANTIES CHOISIE					COTISATION ANNUELLE € T.T.C.
Formule A :	A 1 <input type="checkbox"/>	A 2 <input type="checkbox"/>	A 3 <input type="checkbox"/>	A 4 <input type="checkbox"/>	(correspondant au choix retenu)
Formule B :	B 1 <input type="checkbox"/>	B 2 <input type="checkbox"/>	B 3 <input type="checkbox"/>	B 4 <input type="checkbox"/>	
Formule C :	C 1 <input type="checkbox"/>	C 2 <input type="checkbox"/>	C 3 <input type="checkbox"/>	C 4 <input type="checkbox"/>	
Formule D :	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>	
Formule E :	E 1 <input type="checkbox"/>	E 2 <input type="checkbox"/>	E 3 <input type="checkbox"/>	E 4 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autres choix : ..... .....					_ _ _ _ _ ,  _ _ _ _ _  € Sera déterminée après consultation de la M.D.S.

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 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\*

Cachet de la Fédération ou de l'Association Sportive

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



# SPORTMUT

Contrat collectif complémentaire de prévoyance  
au bénéfice des licenciés de la Fédération Française de Football Américain

## 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'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :

Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'IPP 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'IPP inférieur ou égal à 5 %.**

### DES INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE:

Elles vous sont versées mensuellement à terme échu, 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 DECES : qui sera versé au bénéficiaire désigné.

### FORMULES ENFANT :

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

Pour les mineurs de moins de 18 ans, le bulletin devra être revêtu de leur signature et de la signature des parents ou des représentants légaux.

### FORMULE + DE 60 ANS :

Seule la formule marquée de deux astérisques (\*\*) dans le tableau figurant ci-dessous peut être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins de 65 ans.

## MODALITES D'ADHESION

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.

FORMULES	CAPITAL DECES	CAPITAL INVALIDITE (100 % IPP)	INDEMNITES JOURNALIERES	COTISATION GLOBALE(TTC)	
A 1*		30 489,80 €		5,00 €	<b>Dans toutes ces formules, les indemnités journalières sont versées à compter du 31<sup>ème</sup> jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4<sup>ème</sup> jour en cas d'hospitalisation et ce, jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours.</b>
A 2**	15 244,90 €	30 489,80 €		6,30 €	
A 3	15 244,90 €		7,62 €/Jour	21,70 €	
A 4	15 244,90 €	30 489,80 €	7,62 €/Jour	26,60 €	
B 1*		60 979,61 €		9,90 €	
B 2	30 489,80 €	60 979,61 €		12,60 €	
B 3	30 489,80 €		15,24 €/Jour	43,30 €	
B 4	30 489,80 €	60 979,61 €	15,24 €/Jour	53,10 €	
C 1*		91 469,41 €		14,80 €	
C 2	45 734,71 €	91 469,41 €		18,90 €	
C 3	45 734,71 €		22,87 €/Jour	64,90 €	
C 4	45 734,71 €	91 469,41 €	22,87 €/Jour	79,70 €	
D 1*		121 959,21 €		19,70 €	
D 2	60 979,61 €	121 959,21 €		25,20 €	
D 3	60 979,61 €		30,49 €/Jour	86,50 €	
D 4	60 979,61 €	121 959,21 €	30,49 €/Jour	106,10 €	
E 1*		152 449,02 €		24,60 €	
E 2	76 224,51 €	152 449,02 €		31,50 €	
E 3	76 224,51 €		38,11 €/Jour	108,10 €	
E 4	76 224,51 €	152 449,02 €	38,11 €/Jour	132,70 €	

Ces cotisations tiennent compte des taxes en vigueur.

MDS JUILLET 2013 / DISQUE O / FEDERATIONS

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

(\*\*) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins de 65 ans.

Les cotisations sont annuelles. Le non renouvellement de la cotisation par l'assuré met fin de plein droit à l'adhésion 40 jours après le terme principal de la dernière échéance.

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité.

# FORMULAIRE

## AUTORISATION EXPRESSE RELATIVE AU DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)....., autorise à titre gracieux l'association des Diabes Rouges de Villepinte, à fixer et à reproduire mon image ainsi qu'à la modifier et à l'utiliser dans le cadre de la création et de l'exploitation de sites Internet et/ou de tout autre document publicitaire, promotionnel et d'information.

La présente autorisation est consentie pour tous supports connus ou à connaître, pour le monde entier et pour toute la durée de l'exploitation dudit (desdits) site(s) Internet et/ou de tout autre document publicitaire, promotionnel et d'information.

Je suis expressément informé(e) et autorise que la(les) présente(s) photographie(e) soi(en)t exploitée(s) à des fins publicitaires, ou encore exposée(s) ou éditée(s) dans le circuit commercial ou non commercial.

La présente autorisation pourra être rétrocédée à la société éditrice du(des) site(s) Internet et/ou de tout autre document publicitaire, promotionnel et d'information.

Le Cessionnaire

Signatures

Le club des Diabes Rouges est avant tout, une association. Son but premier est de former des Hommes, des citoyens vivant ensemble et s'entraidant. Ce document n'est donc pas une obligation mais un choix, celui faire partis d'une communauté.

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

#### COORDONNEES DU LICENCIE

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postale : ..... Ville : .....  
Tel domicile : ..... Tel Port : .....  
Email : ..... Fax : .....

#### INFORMATIONS PROFESIONNELLES

Employeur : ..... Poste occupé : .....  
Secteur : .....  
Adresse de l'entreprise : .....  
Code postale : ..... Ville : .....  
Nom de votre patron : .....  
Tel fixe : ..... Email : .....  
 Partenariat possible  Prise de stagiaire

#### INFORMATIONS PERSONNELLES

hobbies : .....  
Talents : .....  
Enfants:  
Prénom : ..... M/F : ..... Date de naissance : .....  
Prénom : ..... M/F : ..... Date de naissance : .....  
Prénom : ..... M/F : ..... Date de naissance : .....  
Prénom : ..... M/F : ..... Date de naissance : .....  
Prénom : ..... M/F : ..... Date de naissance : .....

#### INFORMATIONS PROFESIONNELLES DE VOTRE CONJOINT

Employeur : ..... Poste occupé : .....  
Secteur : .....  
Adresse de l'entreprise : .....  
Code postale : ..... Ville : .....  
Nom de son employeur : .....  
Tel fixe : ..... Email : .....  
 Partenariat possible  Prise de stagiaire

**Les informations ne seront ni communiquées à d'autres personnes externes au club , ni vendues, ni utilisées à d'autres usages. Elles seront conservées après la fin de la saison du licencié.**

**J'autorise le club des Diabes Rouges de Villepinte , à me contacter si mes compétences ou mon entreprise peuvent etre utiles à l'association.**

**J'autorise le club des Diabes Rouges de Villepinte , à donner mes coordonnées si mes compétences ou mon entreprise peuvent etre utiles à un autre membre de l'association.**

Signature :