

Pièce à fournir

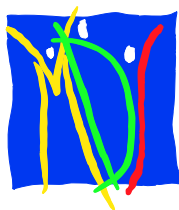
né en 2005 (surclassement)

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
- Autorisation parentale en cas d'accident
- Chèque* de licence de 60€
- 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)
- Certificat d'un MEDECIN DU SPORT autorisant le surclassement dans la section supérieur
- Dossier de demande de sur classement

 Tout dossier incomplet sera refusé !

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



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^{ème} 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 €	Dans toutes ces formules, les indemnités journalières sont versées à compter du 31^{ème} jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4^{ème} jour en cas d'hospitalisation et ce, jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours.
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.



AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'ACCIDENT

FOOTBALL AMÉRICAIN / FLAG / CHEERLEADING

Je soussigné, Madame / Monsieur :

résidant au :

.....

autorise notre fils, notre fille :

à participer aux déplacements organisés par l'association sportive ,les Diabes Rouges dans le cadre des entrainements et des compétitions pour la saison 2016/2017.

En cas d'accident

Nous autorisons le responsable de la section du club des Diabes Rouges a prendre les dispositions nécessaires pour transporter notre fils, notre fille :

.....

Et en cas d'urgence de la/le faire hospitaliser et opérer.

Personne à contacter en cas d'accident :

- **Mère** : **Tèl** :

- **Père** : **Tèl** :

- **Autre** : **Tèl** :

Numéro de sécurité sociale * :

Mutuelles complémentaire * :

Votre médecin de famille * : **Tèl** :

*joindre les photocopies

Fait à :

Le :

Signature

Fédération Française de Football Américain

79, rue Rateau - 93120 La Courneuve - Tél : 01 43 11 14 70 - Fax : 01 43 11 14 71 - www.ffa.org - ffa@ffa.org

Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00032 / APE n°9319 Z

**AUTORISATION PARENTALE POUR L'USAGE DE PHOTOGRAPHIES OU VIDEO
DANS LE CADRE DES ACTIVITES SPORTIVES (LICENCIE MINEUR)**

Les Diables Rouges
Gymnase Lamberdière
1 avenue Jean Fourgeaud
93420 Villepinte

Année 2016 - 2017

Les Diables Rouges vous demandent l'autorisation d'utiliser des photographies ou des vidéos de votre enfant prises au cours des activités suivantes :

- rencontre sportive
- stage de perfectionnement
- évènement du club (intégrathlon,...)

Ces photographies pourront être diffusées à un public : national, départemental, communal, de parents de licenciés, interne au club.

Via un support : papier, CD, DVD, projection, site internet, réseaux sociaux.

Pour la période du : 1 septembre 2016 au 31 aout 2017

Conformément à la loi, le libre accès aux données qui vous concernent est garanti. Vous pouvez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de ces données si vous le jugez utile.

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

PARTIE A REMPLIR PAR LES TUTEURS LEGAUX

Je, soussigné ⁽¹⁾

Père - mère - tuteur légaux du licencié ⁽²⁾ :

Nom : Prénom :

Déclarons autoriser l'association des Diables Rouges désigné ci-dessus à utiliser les photographies de notre enfant dans le cadre précis décrit ci-dessus uniquement.

Déclarons refuser que notre enfant soit photographié ou filmé dans le cadre de cette activité sportive.

Date : Signatures

(1) : indiquer le nom des deux parents ou tuteurs légaux

(2) : rayer les mentions inutiles



DOSSIER DE DEMANDE DE SURCLASSEMENT

Joindre :

- La demande de licence dûment complétée, y compris la partie « certificat médical » remplie par un médecin titulaire d'une capacité en médecine du sport (ex-C.E.S. de Biologie du Sport).

Attention : mention sur le tampon **OBLIGATOIRE** (ou envoi en début de saison des justificatifs, diplômes, ... du médecin du Club) ;

- Une photocopie de la Carte Nationale d'Identité, ou du passeport, en cours de validité ;

- Une autorisation parentale (uniquement pour les joueurs n'ayant pas atteint la majorité légale au moment de la signature de la demande de licence) **autorisant le surclassement** ;

ATTENTION : Ce dossier (avec toutes les pièces demandées) doit être adressé par le club à la ligue régionale. **Tout dossier incomplet sera immédiatement retourné sans être enregistré !**

Envoyé à la FFFA le :	
Reçu à la FFFA le :	



AUTORISATION PARENTALE

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 football américain en compétition, dans la catégorie immédiatement supérieure à celle de son âge avec autorisation médicale pour la saison 2016-2017 au sein du groupement sportif des Diables Rouges.

Fait à le / /

Signature :

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

Etablissement : Classe :
Secteur :
Adresse de l'etablissement :
Code postale : Ville :
Tel fixe : Email :
 Affichage possible diplôme dans l'année

INFORMATIONS PERSONNELLES

hobbies :
Talents :

INFORMATIONS PROFESIONNELLES DE LA MERE

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

INFORMATIONS PROFESIONNELLES DU PÈRE

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 :