

## DIABLES ROUGES 2018/2019

### Pièce à fournir Féminines (1999 et avant)

#### Renouvellement et Première licence

- Feuille de licence remplie (avec certificat médical si 1ère licence ou certificat non fourni l'année dernière)
- Questionnaire médical rempli si renouvellement licence et certificat fourni l'année dernière
- SPORMUT rempli (même si vous n'adhérez pas)
- 1 Photo d'identité
- Photocopie de la pièce d'identité
- Photocopie de la carte vitale
- Autorisation droit à l'image
- Fiche de renseignements
- Chèque\* de licence de 95€
- En option* Chèque\* pack textile de 60€
- En option* Chèque\* pack protection de 70€
- Chèque\* de caution de 400€ (Pour la location des équipements, rendu en fin d'année après restitution des équipements)
- Chèque\* de caution de 20€ (Pour la location des équipements, rendu en fin d'année après restitution propre et complet des équipements)

 **Tout dossier incomplet sera refusé !**

\* Tous les chèques doivent être à l'ordre des Diables Rouges



## DEMANDE DE LICENCE - FFFA SAISON 2018/2019

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								Signature du demandeur (ou de son représentant légal s'il est mineur) :	
Numéro de licence : <input type="text"/>									
CHOIX DE LA LICENCE									
FOOTBALL AMERICAIN			FLAG FOOTBALL			CHEERLEADING			
Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	
Loisir U6		12.11	Loisir U6		12.11	Loisir U6		12.11	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'individu accident couvrant sa pratique sportive. <input type="checkbox"/>
Loisir U8		12.11	Loisir U8		12.11	Loisir U8		12.11	
Loisir U10		12.11	Compétition U8		12.11	Loisir U11		12.11	
Loisir U12		12.11	U8 surclassé U10		12.11	Compétition U11		12.11	
Compétition U12		21.83	Loisir U10		12.11	U11 surclassé Junior		12.11	
U12 surclassé U14		21.83	Compétition U10		12.11	Loisir Junior		12.11	
Loisir U14		12.11	U10 surclassé U12		12.11	Compétition Junior		12.11	
Compétition U14		21.83	Loisir U12		12.11	Junior surclassé en seniors		24.32	
U14 surclassé U16		54.76	Compétition U12		12.11	Loisir senior		12.11	
Loisirs U16		12.11	U12 surclassé U14		12.11	Compétition senior		24.32	
Compétition U16		54.76	Loisir U14		12.11	Entraîneur		18.11	
U16 surclassé U19		54.76	Compétition U14		12.11	Dirigeant		18.11	
Loisirs U19		30.44	U14 surclassé U16		24.32	Juge		27.84	
Compétition U19		54.76	Loisir U16		12.11				
U19 surclassé senior		60.87	Compétition U16		24.32				
Loisirs Senior		30.44	Compétition + de 16 ans		24.32				
Compétition Senior		60.87	U16 surclassé + de 16 ans		24.32				
Issus d'un championnat majeur		371.44	Loisir + de 16 ans		12.11				
Entraîneur		18.11	Entraîneur		18.11				
Dirigeant		18.11	Dirigeant		18.11				
Arbitre		27.84	Arbitre		27.84				
Total :		€	Total :		€	Total :		€	
TOTAL REVERSE A LA FEDERATION :								€	
								Le : ___ / ___ / ___	

### CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE EN COMPETITION OU EN LOISIR

à ne fournir qu'en cas de première licence, ou si vous avez répondu positivement à l'une des questions du questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01, ou si votre dernier certificat médical date de plus de 3 ans

Je soussigné(e), Docteur

certifie avoir examiné le demandeur de la présente licence, et n'avoit 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

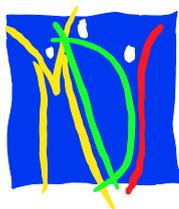
Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médico-sportive), un médecin diplômé peut l'autoriser à pratiquer la discipline en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure, en respect du règlement médical de la FFFA et sous réserve qu'on lui ait présenté un électrocardiogramme de repos, uniquement pour les disciplines football américain et/ou en flag football.

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 réglementation en vigueur, que le demandeur de la présente licence est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure de la discipline en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel.

Signature et cachet du médecin :

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



## 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.

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</b>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

#### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

#### Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

## PROCÉDURE EN CAS D'ACCIDENT

Afin de pouvoir garantir une prise en charge optimale en cas d'accident, voici la procédure à suivre:

1. Dès survenance de l'accident prévenir les coachs ET le directeur administratif (07.70.50.19.78 ou [contact@diablerouges.org](mailto:contact@diablerouges.org))
2. Une déclaration d'accident sera rempli immédiatement par le club puis une fois votre partie rempli vous devrez l'envoyer sous 5 jours à l'adresse indiqué sur la déclaration.
3. Au-delà des 5 jours de la survenance de l'accident, vous ne pourrez prétendre à une prise en charge par l'assurance fédérale.

Nom:

Prénom:

Signature:

Exemplaire licencié(e)

## PROCÉDURE EN CAS D'ACCIDENT

Afin de pouvoir garantir une prise en charge optimale en cas d'accident, voici la procédure à suivre:

1. Dès survenance de l'accident prévenir les coachs ET le directeur administratif (07.70.50.19.78 ou [contact@diablerouges.org](mailto:contact@diablerouges.org))
2. Une déclaration d'accident sera rempli immédiatement par le club puis une fois votre partie rempli vous devrez l'envoyer sous 5 jours à l'adresse indiqué sur la déclaration.
3. Au-delà des 5 jours de la survenance de l'accident, vous ne pourrez prétendre à une prise en charge par l'assurance fédérale.

Nom:

Prénom:

Signature:

Exemplaire Club



CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT (\*) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOM DE LA COMPÉTITION ET DES CLUBS EN PRÉSENCE (\*) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom et adresse du premier témoin (\*) : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom et adresse du second témoin : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Noms et adresses des autres personnes impliquées dans l'accident : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A-t-il été établi un procès verbal ou tout autre rapport par les autorités locales, précisant les circonstances de l'accident ?  OUI  NON

Dans l'affirmative, en communiquer les coordonnées : \_\_\_\_\_

Le blessé a-t-il été hospitalisé :  OUI  NON

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MÉDICAL ÉTABLI PAR LE MÉDECIN CONSULTÉ LE JOUR DE L'ACCIDENT. CE DOCUMENT, A ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL DE LA M.D.S., DEVRA COMPORTER LES MENTIONS SUIVANTES (\*) :**

- DATE DE L'EXAMEN MÉDICAL,
- DATE DE L'ACCIDENT,
- NATURE ET SIÈGE DES BLESSURES,
- DURÉE DE L'INCAPACITÉ SPORTIVE MINIMUM,
- DURÉE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL, S'IL Y A LIEU.

**EN CAS DE BRIS DE LUNETTES OU DE PERTE DE LENTILLES, IL CONVIENDRA DE JOINDRE LA CONFIRMATION MÉDICALE DU PORT OBLIGATOIRE DES LUNETTES OU LENTILLES PENDANT LES ACTIVITÉS SPORTIVES.**

**S'IL NE S'AGIT PAS DU BLESSÉ NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE QUI DOIT RECEVOIR L'ACCUSÉ DE RÉCEPTION :**

NOM ET PRÉNOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : N° \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

Bureau distributeur : \_\_\_\_\_ N° TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du Blessé :

Signature du correspondant  
et cachet du club :

**En cas d'assistance, téléphonez à :**  
**M.D.S. ASSISTANCE : 01 45 16 65 70**  
**(International : +33 1 45 16 65 70)**



**Reconnaissance de dette ou de prêt de matériel**

Je soussigné, Madame/Monsieur \_\_\_\_\_,

demeurant au : \_\_\_\_\_

n'a pas réglé l'intégralité de ma cotisation annuelle pour la saison 2017-2018 dans le club des :

\_\_\_\_\_, pour un montant de : \_\_\_\_\_ €,

et/ou avoir bénéficié du prêt des équipements suivants pour la saison 2017-2018 :

- 
- 
- 
- 
- 

Fait à : \_\_\_\_\_, le ..... / ..... / .....

(Signature du déclarant précédée de la mention « lu et approuvé »)

Je soussigné, Madame/Monsieur \_\_\_\_\_,

président/secrétaire/trésorier du club des : \_\_\_\_\_,

confirme que Madame/Monsieur \_\_\_\_\_, a réglé

l'intégralité de sa cotisation annuelle pour la saison 2017-2018 pour un montant de : \_\_\_\_\_ €,

et/ou a rendu les équipements prêtés suivants pour la saison 2017-2018 :

- 
- 
- 
- 
- 

Fait à : \_\_\_\_\_, le ..... / ..... / .....

(Signature du déclarant précédée de la mention « lu et approuvé »)

# 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

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 :