

DIABLES ROUGES 2018/2019

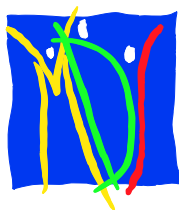
Pièce à fournir Bénévoles

Renouvellement et Première licence

- Feuille de licence remplie
- 1 Photo d'identité
- Photocopie de la pièce d'identité
- Photocopie de la carte vitale
- Autorisation droit à l'image
- Fiche de renseignements

 **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.

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
Durant les 12 derniers mois		
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"/>
A ce jour		
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 attestez, 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.



AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'ACCIDENT AVEC OU SANS 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)

en compétition, avec autorisation médicale pour la saison 2017-2018 au sein du groupement
sportif :

Fait à le / /

Signature :

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)

en compétition, dans la catégorie immédiatement supérieure à celle de son âge avec autorisation
médicale pour la saison 2017-2018 au sein du groupement sportif :

Fait à le / /

Signature :

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)
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)
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)

(*) A remplir obligatoirement.

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 :

**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 2018 - 2019

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 2018 au 31 aout 2019

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