

# Saison 2019/2020 - Création de licence

Nom de l'association : .....

Le licencié	
Nom & coordonnées	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mr    Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....      Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère : ..... Adresse : ..... CP : .....    Ville : ..... Tél. : .....    E-mail : .....@..... <i>(Obligatoire)</i>
	<input type="checkbox"/> <b>Handicaps neurologiques évolutifs :</b> <input type="checkbox"/> maladies génétiques dégénératives <input type="checkbox"/> sclérose en plaque (SEP)
	<input type="checkbox"/> <b>Handicaps visuels :</b> <input type="checkbox"/> malvoyant <input type="checkbox"/> non-voyant
	<input type="checkbox"/> <b>Handicaps auditifs :</b> <input type="checkbox"/> malentendant <input type="checkbox"/> sourd (pas d'audition sans appareillage)
	<input type="checkbox"/> <b>Autres :</b> <input type="checkbox"/> obésité <input type="checkbox"/> personnes âgées <input type="checkbox"/> troubles cardio-vasculaires <input type="checkbox"/> troubles respiratoires <input type="checkbox"/> maladies chroniques (diabète, leucémie, mucoviscidose,...) <input type="checkbox"/> troubles des apprentissages moteurs (dyspraxie, ...) <input type="checkbox"/> handicap mental <input type="checkbox"/> autres
Handicap	<input type="checkbox"/> <b>Handicaps neuro d'origine périphérique :</b> <input type="checkbox"/> Poliomyélite <input type="checkbox"/> atteinte des nerfs <input type="checkbox"/> maladies neuro-musculaires (polynévrites, polyradiculonévrites, ...)
	<input type="checkbox"/> <b>Handicaps orthopédiques :</b> <input type="checkbox"/> amputation ou agénésie membre(s) inférieur(s) <input type="checkbox"/> amputation ou agénésie membre(s) supérieur(s) <input type="checkbox"/> Raideur articulaire/malformation <input type="checkbox"/> Fragilités osseuses <input type="checkbox"/> Personne de petite taille
	<input type="checkbox"/> <b>Lésions cérébrales :</b> <input type="checkbox"/> paralysie cérébrale (IMC) <input type="checkbox"/> dues à un AVC <input type="checkbox"/> dues à un traumatisme crânien <input type="checkbox"/> autres causes (anexie, infection, tumeur, autre)
	<input type="checkbox"/> <b>Paraplégie</b> <input type="checkbox"/> <b>Tétraplégie</b> <input type="checkbox"/> <b>Spina bifida</b>
	<input type="checkbox"/> VALIDE <input type="checkbox"/> <b>A besoin d'une tierce personne dans les gestes de la vie quotidienne (habillage, toilette, etc...) ?</b>

La licence			
Type de licence	<input type="checkbox"/> compét. + 20 ans    66 €	sport pratiqué (obligatoire) : .....	
	<input type="checkbox"/> compét. - 20 ans    29 €		
	<input type="checkbox"/> cadre & bénévole    29 €	<input type="checkbox"/> pratiquant <input type="checkbox"/> non pratiquant	Fonction : ..... Sport : .....
	<input type="checkbox"/> loisir    29 €	sport(s) pratiqué(s) : 1er (obligatoire) : ..... 2e (facultatif) : .....	
	<input type="checkbox"/> établissement    de 17 à 8 €		

Le certificat médical ( <b>obligatoire</b> sauf pour les cadres non pratiquants)	
<b>Certificat médical de non contre-indication datant de moins d'un an</b>	Date : ..... Nom du médecin : .....
<b>+ pour les compétiteurs déficients visuels : date du certificat de non contre-indication ophtalmologique</b>	Date : ..... Nom du médecin : .....
<b>→ J'atteste avoir remis à mon association le certificat médical datant de moins d'un an et attestant l'absence de contre-indication à la pratique de la (des) disciplines(s) sportive(s) pour laquelle (lesquelles) la licence est sollicitée.</b>	
Signature du licencié (ou du représentant légal pour les mineurs) :	



# Assurance

- A lire, remplir et signer -

Nom du licencié : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ déclare avoir :

*Nom et Prénom du demandeur ou du représentant légal*

- Reçu et pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence Fédération Française Handisport et de leur coût,
- Reçu et pris connaissance du bulletin d'adhésion « SPORTMUT » permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires à l'assurance « accidents corporels de base » auprès de la Mutuelle des Sportifs.

## **Garantie de base Individuelle Accident :**

- OUI**, je souhaite bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » comprise dans ma licence FF HANDISPORT
- NON**, je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel. (Coût remboursé en cas de refus : 1,28 € TTC)

## **Garanties complémentaires « SPORTMUT HANDISPORT » :**

- OUI**, je souhaite souscrire une option complémentaire. Dans ce cas, je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur, en remplissant le formulaire de souscription correspondant et en le retournant à la Mutuelle des Sportifs en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie.
- NON**, je ne désire pas souscrire d'option complémentaire.

Fait le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

A : \_\_\_\_\_

Signature :