



LONS CHEERLEADING TEAM DOSSIER D'INSCRIPTION 2023-2024

Vous inscrivez votre enfant au LONS CHEERLEADING TEAM pour l'année 2023-2024. Vous pouvez rendre ce dossier COMPLÉTÉ par mail, en main propre ou dans la boîte aux lettres du siège social.

Afin que votre enfant puisse participer aux différentes manifestations, entraînements, ce dossier devra être retourné au club avant le 17/09/2023 COMPLET.

A défaut ce dernier pourra être refusé. Afin de ne pas engager la responsabilité du club l'enfant ne pourra pas participer au cours si la date limite de dépôt de dossier n'est pas respectée.

Catégorie de licences	Montant total de la cotisation
De 4 à 6 ans (naissance de 2017 à 2019)	<ul style="list-style-type: none">○ Nouvelle adhésion avec pack de rentrée SILVERDIAMONDS : 250 euros○ Renouvellement adhésion LCT + tee shirt + calendriers: 200 euros○ Renouvellement adhésion + pack de rentrée : 240 euros
De 7 à 10 ans (naissance de 2013 à 2016)	<ul style="list-style-type: none">○ Nouvelle adhésion SILVERLADIES : 280 euros○ Renouvellement adhésion LCT + tee shirt + calendriers : 230 euros○ Renouvellement adhésion + pack de rentrée : 270 euros
De 11 à 13 ans (naissance de 2010 à 2012)	<ul style="list-style-type: none">○ Nouvelle adhésion SILVERSHARDS : 280 euros○ Renouvellement adhésion LCT + tee shirt + calendriers : 230 euros○ Renouvellement adhésion + pack de rentrée : 270 euros
De 14 à 17 ans (naissance de 2006 à 2009)	<ul style="list-style-type: none">○ Nouvelle adhésion SILVERSPARKLES : 280 euros○ Renouvellement adhésion LCT + tee shirt + calendriers : 230 euros○ Renouvellement adhésion + pack de rentrée : 270 euros
17 ans et plus (naissance 2005 et avant)	<ul style="list-style-type: none">○ Nouvelle adhésion SILVERSTARS 280 euros○ Renouvellement adhésion LCT + tee shirt + calendriers : 230 euros○ Renouvellement adhésion + pack de rentrée : 270 euros
SANS COMPÉTITION 14 ans et plus (naissance 2009 et avant)	<ul style="list-style-type: none">○ Adhésion Équipe Loisirs SILVERCROWN : 170 euros

Le pack rentrée inclut : Le prix de la licence, la cotisation, le sweat du club, le tee shirt, les calendriers de fin d'année et une tenue d'entraînement.

Pour le renouvellement d'adhésion, la tenue d'entraînement n'est pas obligatoirement à recommander, SI VOUS SOUHAITEZ LA RECOMMANDER C'EST AVEC LE PACK DE RENTRÉE

Je prends la responsabilité des tenues et des pompons qui appartiennent à l'association LONS CHEERLEADING TEAM. Une caution de 150 euros, est donc demandée à l'inscription. Celle-ci sera rendue EN BON ETAT lors de la restitution des tenues en fin d'année

Une réduction de 30 euros est appliquée pour l'inscription de 2 enfants de la même famille. Toutes situations particulières et renseignements sont à spécifier auprès de la trésorière du club : lonscheerleadingteam@gmail.com



FICHE D'INSCRIPTION

NOM :
Prénom :
Née le : / / à
Numéro de sécurité sociale :
Médecin traitant : TEL
Adresse du domicile :
.....

Portable mère:..... Tel bureau :.....
Portable père:..... Tel bureau :.....
Profession du père :
Profession de la mère :
E-mail (obligatoire):
.....@.....

Régime alimentaire particulier :

NOUS FOURNIR : UNE COPIE DE LA PIÈCE D'IDENTITÉ - UNE COPIE DE LA CARTE EUROPÉENNE

Merci de nous tenir informé, par mail, en cas de changement de situation personnelle ou familiale si cela concerne votre enfant. Également pour tout autre élément qui vous semble important.

Autorise le club à :

- En cas d'accident, j'autorise son transport au centre hospitalier le plus proche.
- En cas d'accident, j'autorise un membre du bureau de l'association à accompagner et représenter ma fille lors des soins médicaux si ceux-là sont nécessaires.

Maladie que votre enfant a déjà eu:

- | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole Scarlatine | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> Otite | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Varicelle |
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Asthme | |

❖ Je certifie que mon enfant est à jour de toutes ses vaccinations

- Non
- Oui

❖ Allergies .

- Oui Non

Si oui, lesquelles ? conduite à tenir :

.....
.....

❖ Difficultés de santé à signaler et recommandations particulières : *(Si l'enfant n'est pas vacciné merci de le préciser)*

.....
.....

❖ Personne à contacter en cas d'urgence (nom + numéro)

Signature de la cheer si elle est majeure, ou du représentant légal si elle est mineure. Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Nom, Prénom :

Fait le : à

Signature :



FICHE D'INSCRIPTION

MERCI DE PRECISER SI VOUS ETIEZ ADHERANT AU CLUB POUR L'ANNEE 2022-2023

- Cheer déjà inscrite au LCT en 2022-2023**
- Nouvelle adhésion au club LCT pour l'année 2023-2024**

Je soussigné(e).....
père/mère/tuteur* de l'enfant.....

S'engage à régler la cotisation du LONS CHEERLEADING TEAM:

- En une seule fois
- En deux fois

❖ **Je souhaite régler par chèque *: (se référer à la page 1 du dossier pour le montant de la cotisation à régler)**

Je m'engage à fournir au dossier d'inscription

- 1 chèque correspondant au montant global de la cotisation du club pour la section de mon enfant, à l'ordre de **LONS CHEERLEADING TEAM**
- 2 chèques correspondants chacun à 50% de la cotisation du club pour la section de mon enfant, à l'ordre de **LONS CHEERLEADING TEAM**

(Merci de noter le nom, prénom de votre enfant et la date d'encaissement des chèques en respectant les informations du dossier d'inscription)

❖ **Je souhaite régler par virement*: (se référer à la page 1 du dossier pour le montant de la cotisation à régler)**

Je m'engage à effectuer le virement de la cotisation du club pour la section de mon enfant

- En une seule fois
- En deux fois, chaque virement devant correspondre à 50% de la cotisation du club pour la section de mon enfant

Le premier virement devra être effectué à la remise du dossier d'inscription, le second virement devra être effectué entre le 1^{er} et le 15 du mois suivant.

(Ne pas oublier de noter le nom, prénom de votre enfant en référence lors de votre règlement)

IMPORTANT :

- **En cas d'arrêt en cours de saison, aucun remboursement de cotisation ne sera effectué.**
- **Si vous bénéficiez du Pass'Sport, merci de déduire les 50€ du montant payé et de le fournir LE JOUR de la remise du dossier.**
- **Pour les sections concernées par les compétitions (toutes sauf Silvercrown) : Chaque compétition demandera une participation financière de votre part.**

Signature:

COORDONNEES BANCAIRE POUR REGLEMENT DE L'ADHESION AU CLUB LCT, PAR VIREMENT:

TITULAIRE: ASSOC. LONS CHEERLEADING TEAM

IBAN (International Bank account number)
FR76 1690 6030 2951 0590 8644 738

L'INSCRIPTION DE VOTRE ENFANT NE SERA EFFECTIVE UNIQUEMENT LORSQUE LE PAIEMENT SERA EFFECTUÉ.



TENUES

- ❖ Je m'engage à conserver en parfait état et à restituer les tenues en fin de saison (juin 2024) ou sur demande du club.
- ❖ A ne pas les porter en dehors des entraînements ou des représentations sinon la tenue sera retirée à l'enfant.
- ❖ En cas de perte ou détérioration, le chèque de caution sera encaissé.

CAUTION TENUES : 150 euros en chèque exclusivement, si pas de chéquier, demander un chèque de banque

❖ **POUR RENOUELEMENT, SOUHAITEZ VOUS RECOMMANDER LA TENUE D'ENTRAINEMENT ?**

- Oui
 Non

Nous vous remercions de nous préciser dans le tableau ci-dessous la taille de votre enfant :

Nom et prénom	Taille brassière	Taille Short	Taille Haut (tshirt + sweat)

DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e).....

Père/mère de l'enfant.....

- Autorise
 N'autorise pas

L'association, la FFFA (fédération française de football américain, de laquelle nous dépendons) ou organismes où nous participons aux compétitions internationales à filmer, photographier et enregistrer mon enfant lors des activités et compétitions et reproduire, diffuser et exploiter librement les images ainsi réalisées et ceci pendant une durée de 10 ans

Fait à.....
le

Signature des parents pour les élèves mineurs (précédée de la mention « lu et approuvé »)
« lu et approuvé »



DECHARGE

Décharge (pour les - 13 ans)

Je soussigné(e)

Père/mère de l'enfant

Autorise en mon absence:

❖ NOM PRENOM :

A récupérer mon enfant (nom- prénom), **OBLIGATOIREMENT AUPRES DES COACHS** sur présentation d'une pièce d'identité

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL

Décharge (pour les + 13 ans)

Je soussigné(e).....

Père/mère de l'enfant.....

L'autorise:

❖ A arriver / partir seule pour les cours suivants :

.....

NON

OUI

❖ Autorise, en mon absence:

Mr ou Mmeà récupérer mon enfant auprès de son professeur dans la salle de cours.

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL



ENGAGEMENT PRÉSENCE

Je soussignée (la cheer)
et
(le représentant légal).....

NOM EQUIPE :

JOUR & HEURE ENTRAINEMENT:.....

Atteste avoir remis un chèque de caution, non encaissé, d'un montant de 60euros, au LONS CHEERLEADING TEAM. Ce chèque sera encaissé au bout de **3 absences injustifiées**.

Les justifications acceptées sont :

- MARIAGES
 - DÉCÉS
 - CERTIFICATS MÉDICAUX
 - PARENTS DIVORCÉS (qui habitent loin et ne peuvent pas amener l'enfant à l'entraînement.)
- Dans ce cas, nous vous demandons de nous prévenir de la situation et de nous tenir informés des jours concernés. Exemple : un parent à Lons, l'autre à Gan ne fait pas parti de cette situation.

Ce chèque concerne les entraînements obligatoires annoncés en début d'année et les dimanches qui approchent des compétitions. Les dimanches sur le reste de l'année ne sont pas concernés.

Si vous avez besoin d'informations supplémentaires ou si vous voulez échanger sur votre cas particulier, vous pouvez nous joindre par mail : lonscheerleadingteam@gmail.com ou par téléphone au 06 27 82 30 21

❖ Certifie que

- Je m'engage à participer à **tous les cours** pour les compétitions (sauf maladie contagieuse ou douleur aiguë), en tenue de sport.
- Je m'engage à venir autant que possible aux cours supplémentaires (le cours pendant les vacances scolaires si la date de compétition est proche des vacances scolaires).
- Je m'engage à travailler les éléments demandés par mes coaches.
- Je m'engage à respecter les **horaires des cours**, les consignes, le matériel mon équipe et mes coachs.

Dans le cas où ces engagements ne sont pas respectés, je comprendrai que le chèque de caution de 60 euros sera encaissé et/ou je ne participerai pas à la compétition et/ou que je puisse être uniquement remplaçante. En cas d'abandon de la compétition sans motif valable le chèque de caution sera encaissé ainsi que les sommes versées préalablement.

Nom/Prénom.....;
Signature de la cheer (Précédée de la mention (lu et approuvé »)

Nom/Prénom
Signature Du représentant légal (Précédée de la mention (lu et approuvé »)



LES 10 COMMANDEMENTS DE LA CHEERLEADER

1. Je m'engage à venir à TOUS les entrainements et TOUTES les compétitions.
2. Je m'engage à avoir une tenue de sport correcte avec les ongles coupés - pas de bijoux et les cheveux attachés
3. Je m'engage à ne porter ma tenue de compétition que lorsque les coachs le demandent et à la rendre dans l'état dans lequel on me l'a donnée et au rendez-vous prévu à cet effet. Sous peine d'encaissement du chèque de caution
4. Je m'engage à ne pas remettre en cause les décisions des coachs
5. Je m'engage à justifier toutes mes absences et à prévenir de mes retards. Les réunions de famille, devoirs et repas ne sont pas des absences justifiées. Plus de trois absences non justifiées seront pénalisées
6. Je m'engage à respecter mes coéquipières, mes coachs, le staff et les équipes adverses. Que ce soit en réel comme sur les réseaux sociaux.
7. Je m'engage à participer à la moitié des démonstrations de mon équipe ou plus
8. Tout déplacement en compétition se fera aller / retour avec le club. Sauf dérogation exceptionnelle acceptée par le conseil d'administration, le bureau et les coachs
9. Je m'engage à être motivée et à encourager mes coéquipières même dans les moments durs.
10. Je m'engage à travailler chez moi les éléments que mes coachs me donneront, pour m'améliorer.

Nom/Prénom.....;

Signature de la cheer (Précédée de la mention (« lu et approuvé »))

Nom/Prénom

Signature Du représentant légal (Précédée de la mention (« lu et approuvé »))



**PYRÉNÉES
GASCOGNE**
ici et ensemble

Partenariat CREDIT AGRICOLE



M/Mme : _____
Téléphone : _____
mail : _____

Je suis intéressé(e) pour être recontacté dans le cadre de cette offre, pour soutenir monClub et bénéficier des avantages proposés :

- 15 euros pour votre enfant avec un sac offert par le Crédit Agricole
- Des offres sur les cartes notamment jeunes
- Des conseils personnalisés et adaptés à l'activité sportive

Deux interlocutrices privilégiées :

Carole MENDIBOURE AMOROS :

07.76.15.91.62 ou par mail carole.mendiboure-amoros@ca-pyrenees-gascogne.fr

Léa LAPUYADE :

07.86.43.79.77 ou par mail lea.lapuyade@ca-pyrenees-gascogne.fr

Fait à : _____, le : _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »



DEMANDE DE LICENCE FFFA

SAISON 2023/2024

PHOTO

Club :

INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent) :

Prénom :

Sexe : M F

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Date de naissance :

Commune de naissance :

Département :

Pays de naissance :

Nationalité :

LICENCE

A remplir en cas de renouvellement										Signature du demandeur (ou de son représentant légal s'il est mineur)	
Numéro de licence :											
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	<p>En signant ce document, le demandeur reconnaît avoir été explicitement informé de son devoir de souscrire à une assurance avant de pratiquer la discipline choisie. De plus, il reconnaît avoir reçu une notice établie par un assureur lui précisant l'intérêt à souscrire une assurance de personne couvrant les dommages corporels, ainsi qu'un formulaire de souscription lui offrant plusieurs formules de garanties dont les modalités sont également indiquées. 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'individuelle accident couvrant sa pratique sportive. <input type="checkbox"/></p> <p>Licencié adulte (en cas de renouvellement d'une licence avec un certificat médical de moins de 3 ans toujours valide) : Je soussigné M/Mme _____ atteste avoir renseigné le questionnaire de santé le QUESTIONNAIRE SANTE SPORT et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. Date et signature du demandeur :</p> <p>Licencié mineur (en cas de première licence ou du renouvellement d'une licence) : Je soussigné M/Mme _____, en ma qualité de représentant légal du demandeur, atteste qu'il/elle a renseigné le QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FEDERATION SPORTIVE et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. Date et signature du représentant légal :</p> <p>Visa du club (date / tampon / signature) :</p>		
Loisir U12	<input type="checkbox"/>	12,5	Loisir U7	<input type="checkbox"/>	15,6	Loisir Tiny	<input type="checkbox"/>	12,6			
Compétition U12	<input type="checkbox"/>	22,8	Loisir U9	<input type="checkbox"/>	15,6	Loisir Minime	<input type="checkbox"/>	12,6			
Loisir U14	<input type="checkbox"/>	12,5	Compétition U9	<input type="checkbox"/>	15,6	Compétition Minime	<input type="checkbox"/>	17,8			
Compétition U14	<input type="checkbox"/>	22,8	Loisir U11	<input type="checkbox"/>	15,6	Minime surclassé Cadet	<input type="checkbox"/>	17,8			
U14 surclassé U17	<input type="checkbox"/>	57,7	Compétition U11	<input type="checkbox"/>	15,6	Loisir Cadet	<input type="checkbox"/>	17,8			
Loisir U17	<input type="checkbox"/>	12,5	Loisir U13	<input type="checkbox"/>	15,6	Compétition Cadet	<input type="checkbox"/>	17,8			
Compétition U17	<input type="checkbox"/>	57,7	Compétition U13	<input type="checkbox"/>	15,6	Cadet surclassé Junior	<input type="checkbox"/>	17,8			
U17 surclassé U20	<input type="checkbox"/>	57,7	Loisir U15	<input type="checkbox"/>	15,6	Loisir Junior	<input type="checkbox"/>	17,8			
Loisir U20	<input type="checkbox"/>	32	Compétition U15	<input type="checkbox"/>	15,6	Compétition Junior	<input type="checkbox"/>	17,8			
Compétition U20	<input type="checkbox"/>	57,7	U15 surclassé U17	<input type="checkbox"/>	30,8	Junior surclassé en Senior	<input type="checkbox"/>	30,5			
U20 surclassé Senior	<input type="checkbox"/>	64,2	Loisir U17	<input type="checkbox"/>	15,6	Loisir senior	<input type="checkbox"/>	17,8			
Loisir Senior	<input type="checkbox"/>	32	Compétition U17	<input type="checkbox"/>	30,8	Compétition senior	<input type="checkbox"/>	30,5			
Compétition Senior	<input type="checkbox"/>	64,2	U17 surclassé Senior	<input type="checkbox"/>	30,8	Entraîneur	<input type="checkbox"/>	19,1			
Issu d'un championnat majeur	<input type="checkbox"/>	393,8	Loisir Senior	<input type="checkbox"/>	15,6	Dirigeant	<input type="checkbox"/>	19,1			
Entraîneur	<input type="checkbox"/>	19,1	Compétition Senior	<input type="checkbox"/>	30,8	Juge	<input type="checkbox"/>	29,4			
Dirigeant	<input type="checkbox"/>	19,1	Entraîneur	<input type="checkbox"/>	19,1	Bénévole	<input type="checkbox"/>	5,2			
Arbitre	<input type="checkbox"/>	29,4	Dirigeant	<input type="checkbox"/>	19,1						
Bénévole	<input type="checkbox"/>	5,2	Arbitre	<input type="checkbox"/>	29,4						
			Bénévole	<input type="checkbox"/>	5,2						
Total FA :		€	Total Flag :		€	Total Cheer :		€			
TOTAL REVERSE A LA FEDERATION :										Le : / /	

CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE EN COMPETITION OU EN LOISIR

MAJEUR : à ne fournir qu'en cas de première licence, ou si le majeur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire de santé sport, ou si le dernier certificat médical pour la pratique de la discipline concernée date de plus de 3 ans.
MINEUR : à ne fournir que si le mineur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive.

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 supérieure, en respect du règlement médical de la FFFA.

Le médecin généraliste pour les simples surclassements ou le diplômé de traumatologie du sport, titulaire de la capacité de médecine du sport ou titulaire du Certificat d'Enseignement Spécialisé pour les doubles surclassements, 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 _____

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, 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 78-17, 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 "administratif@fffa.org".

Je souhaite recevoir la newsletter FFFA pour être au courant de toute l'actualité fédérale
J'accepte de recevoir des offres commerciales pour des produits ou services liés à ma pratique sportive, de la part de la FFFA ou de ses partenaires
J'autorise la FFFA à utiliser mon image, uniquement dans le cadre de ses activités et sans but lucratif

OUI NON
OUI NON

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es : une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : ans	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

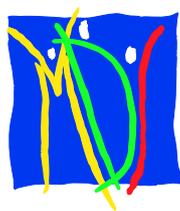
Fédération Française de Football Américain

2 rue du Centre – Immeuble ATRIA – 93160 NOISY LE GRAND - 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 00040 / APE n°9312 Z



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.