

**DOSSIER D'INSCRIPTION**



**WAR  
EAGLES**

**SAISON 2022-2023**



## DOSSIER D'INSCRIPTION 2022-2023

Joueurs, parents, veuillez remplir lisiblement les documents fournis ci-joints et y ajouter les documents demandés sans oublier d'y joindre le ou les chèques de cotisation annuelle.

**LES DOCUMENTS SONT A REMPLIR EN LETTRES MAJUSCULES**

### DOCUMENTS A COMPLETER

INSCRIPTION	REINSCRIPTION
Formulaire licence FFFA	Formulaire licence FFFA
Formulaire SPORTMUT même si vous ne souscrivez pas	Formulaire SPORTMUT même si vous ne souscrivez pas
Formulaire d'Autorisation au Droit à l'Image	Questionnaire médical si le précédent certificat date de moins de 3 ans

### DOCUMENTS A FOURNIR

INSCRIPTION
Pièce d'identité
Photo d'identité
Certificat médical



## TARIF

**Flag séniors**

**150 €**

**Comme annoncé lors de l'AG, nous allons procéder à un paiement en 3 fois (par trimestre aux dates suivantes 01/10/2022 ; 01/01/2023 ; 01/04/2023) avec 3 chèques qui doivent être remis et répartis de la façon suivante :**

**01/10/2022 : 40% (soit 60€)**

**01/01/2023 : 30% (soit 45€)**

**01/04/2023 : 30% (soit 45€)**

Si pour quelque raison que ce soit, la saison devait être arrêtée, nous n'encaisserons pas les chèques des périodes à venir (par exemples : - la saison s'arrête le 23/12/2022, nous vous remettrons les deux derniers chèques ; - la saison s'arrête le 10/02/2023, nous vous remettrons le dernier chèque).

**ATTENTION : tout le mois de Septembre est un mois d'essai : tous les trainings sont ouverts à tous et non payants. À compter du 1<sup>er</sup> Octobre et pour des raisons d'assurance, toute personne non licenciée ne pourra pas continuer à s'entraîner.**

**Pour rappel, une personne est licenciée lorsque cette dernière a donné tous les documents demandés : Photo, Formulaire de Demande de Licence Signé, Certificat Médical ou Questionnaire de Santé signé, Fiche SportMut et les 3 chèques.**



**WAR  
EAGLES**

## **AUTORISATION DROIT A L'IMAGE**

**Dans le cadre de notre association, des photos et/ou vidéos de votre enfant (ou vous même) peuvent être utilisées en vue de promouvoir nos activités.**

**Nous sollicitons donc votre autorisation.**

**Je soussigné(e),**

**Agissant en qualité de :**

- Autorise le club WAR EAGLES de TEYRAN à utiliser mon image ou celle de mon enfant pour promouvoir ses activités dans le cadre de ses locaux,**
- Autorise le club WAR EAGLES de TEYRAN à utiliser mon image ou celle de mon enfant pour promouvoir ses activités dans en dehors de ses locaux, soit:  
Sur son Site Internet, sur des CD et DVD de compétitions, sur des journaux, prospectus, flyers et Réseaux Sociaux.**

***NB: Les légendes ou commentaires ne permettront en aucun cas de m'identifier moi ou mon enfant.***

**Fait à**

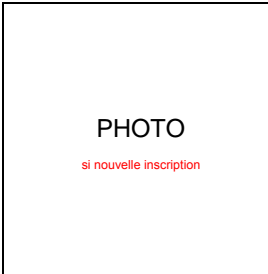
**Le**

**Signature:**



# DEMANDE DE LICENCE FFFA

SAISON 2022/2023



PHOTO

si nouvelle inscription

Club : W A R E A G L E S

## INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom :
Nom de naissance (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
Numéro de licence :
Signature du demandeur (ou de son représentant légal s'il est mineur)
CHOIX DE LA LICENCE
FOOTBALL AMERICAIN FLAG FOOTBALL CHEERLEADING
Catégorie Case à cocher Tarif fédéral
Loisir U6 12,3 Loisir U7 12,4 Loisir U8 12,3 Loisir U9 12,4 Loisir U10 12,3 Loisir U11 12,4 Loisir U12 12,3 Loisir U13 12,4 Loisir U14 12,3 Loisir U15 12,4 Loisir U17 12,3 Loisir U17 12,4 Loisir U17 56,2 U17 surclassé Senior 25 Loisir U20 31,2 Loisir Senior 12,4 U20 surclassé Senior 62,5 Entraîneur 18,6 Loisir Senior 31,2 Dirigeant 18,6 Compétition Senior 62,5 Arbitre 28,6 Issu d'un championnat majeur 382,5 Bénévole 5,1 Entraîneur 18,6 Dirigeant 18,6 Arbitre 28,6 Bénévole 5,1
TOTAL REVERSE A LA FEDERATION : € Le : / /
Licencié adulte (en cas de renouvellement d'une licence avec un certificat médical de moins de 3 ans toujours valide) :
Licencié mineur (en cas de première licence ou du renouvellement d'une licence) :

## 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 :

## 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 supérieur, 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 supérieur de la discipline en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel.

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" N° 79-17, 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

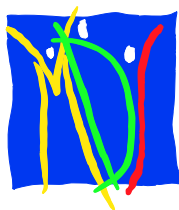
OUI NON
OUI NON

à renseigner

à signer

à lire et cocher + attestation

à lire et compléter si besoin



## 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.

## QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR EN VUE DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE

*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 inexplicquée ?		
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
<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 ?		
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

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

*Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez 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.*

*\*Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié*





**DÉCLARATION D'ACCIDENT A ADRESSER A LA M.D.S. DANS LES 5 JOURS DE SA SURVENANCE**

(établie par le blessé, elle doit être contresignée par un responsable du club)

**LES ZONES SUIVIES D'UNE (\*) SONT A REMPLIR OBLIGATOIREMENT**

**IDENTIFICATION DU CLUB D'APPARTENANCE DU BLESSÉ (\*)**

NOM ET ADRESSE DU CLUB (\*) : \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CORRESPONDANT (\*) : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

CE CLUB EST-IL AFFILIÉ AUPRÈS (\*) - D'UNE LIGUE  OUI  NON (si oui préciser laquelle) : \_\_\_\_\_

- D'UNE FÉDÉRATION  OUI  NON (si oui préciser laquelle) : \_\_\_\_\_

(joindre impérativement copie de la licence en cours)

CE CLUB EST-IL ADHÉRENT DIRECT DE LA MUTUELLE (\*) (si oui indiquer le N° de contrat) \_\_\_\_\_

OUI  NON

LE BLESSÉ EST-IL BÉNÉFICIAIRE DE GARANTIES COMPLÉMENTAIRES DE TYPE SPORMUT OU AUTRE (\*) :

OUI  NON

Si oui : Nom et Numéro du contrat : \_\_\_\_\_

NOM ET PRÉNOM DU BLESSÉ : (\*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ADRESSE (\*) : N° | | | | | Rue | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ville | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CODE POSTAL | | | | | | | |

Bureau distributeur : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | N° TÉLÉPHONE : | | | | | | | | | | | |

PROFESSION DU BLESSÉ : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur ou de l'établissement scolaire ou universitaire : \_\_\_\_\_

**RÉGIME DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE (\*) :**

Le blessé est-il ASSURÉ SOCIAL  TRAVAILLEUR INDÉPENDANT OU COMMERÇANT

AUTRE  : \_\_\_\_\_ N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_

NON ASSURÉ SOCIAL  (préciser la raison) \_\_\_\_\_

RÉGIME DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE (\*) :  OUI  NON

Nom de cette mutuelle ou organisme assureur : \_\_\_\_\_ N° de Contrat : \_\_\_\_\_

Adresse de la mutuelle ou organisme assureur : \_\_\_\_\_

L'ACCIDENT S'EST PRODUIT AU COURS (\*) :  d'un trajet  d'un entraînement  d'une compétition  de ligue  de district  autre cas (à préciser) : \_\_\_\_\_  autre

DATE DE L'ACCIDENT (\*) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | HEURE (\*) | | | | | |

LIEU ET DÉPARTEMENT DE L'ACCIDENT (\*) : \_\_\_\_\_ | | | |

SEXE DU BLESSÉ | | (1 = MASCULIN - 2 = FÉMININ) DATE DE NAISSANCE (\*) : | | | | | | | | | | | |

SPORT OU ACTIVITÉ PRATIQUÉ AU MOMENT DE L'ACCIDENT (\*) : \_\_\_\_\_

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 CONVIENTRA 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.