DOSSIER D'INSCRIPTION

WAR EAGLES

SAISON 2022-2023

WAR EAGLES

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

WAR EAGLES

TARIFS

Foot us jeunes (11-17 ans) 180 €

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 70€)
01/01/2023 : 30% (soit 55€)
01/04/2023 : 30% (soit 55€)

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. A compter du 1er Octobre et pour des raisons d'assurance, toute personne non licenciée ne pourra pas continuer à s'entrainer.

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 :

à renseigner

LICENCE

A remplir en cas de renouvellement

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
Loisir U6		12,3	Loisir U7		12,4	Loisir Tiny		12,3
Loisir U8		12,3	Loisir U9		12,4	Loisir Minime		12,3
Loisir U10		12,3	Compétition U9		12,4	Compétition Minime		17,3
Compétition U10		22,3	Loisir U11		12,4	Minime surclassé Junior		17,3
Loisir U12		12,3	Compétition U11		12,4	Loisir Junior		17,3
Compétition U12		22,3	Loisir U13		12,4	Compétition Junior		17,3
Loisir U14		12,3	Compétition U13		12,4	Junior surclassé en Senior		29,7
Compétition U14		22,3	Loisir U15		12,4	Loisir senior		17,3
U14 surclassé U17		56,2	Compétition U15		12,4	Compétition senior		29,7
Loisir U17		12,3	Loisir U17		12,4	Entraineur		18,6
Compétition U17		56,2	Compétition U17		25	Dirigeant		18,6
U17 surclassé U20		56,2	U17 surclassé Senior		25	Juge		28,6
Loisir U20		31,2	Loisir Senior		12,4	Bénévole		5,1
Compétition U20		56,2	Compétition Senior		25			
U20 surclassé Senior		62,5	Entraineur		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			
Entraineur		18,6						
Dirigeant		18,6						
Arbitre		28,6						
Bénévole		5,1						
Total FA :		€	Total Flag :		€			

TOTAL REVERSE A LA FEDERATION : €

Signature du demandeur (ou de son représentant légal s'il est mineur)

à signer

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'individuel accident couvrant sa pratique sportive.

à lire et cocher + attestation

☐

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 :

à lire et compléter si besoin

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 À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal :

Visa du club (date / tampon / signature) :

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 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.

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 Réglements 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 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 OUI ☐ NON ☐
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 OUI ☐ NON ☐
J'autorise la FFFA à utiliser mon image, uniquement dans le cadre de ses activités et sans but lucratif OUI ☐ NON ☐

GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

SPORTMUT

Contrat collectif complémentaire de prévoyance
au bénéfice des licenciés
de la Fédération Française de Football Américain

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 ☐	A 2 ☐	A 3 ☐	A 4 ☐	(correspondant au choix retenu)
Formule B :	B 1 ☐	B 2 ☐	B 3 ☐	B 4 ☐	
Formule C :	C 1 ☐	C 2 ☐	C 3 ☐	C 4 ☐	
Formule D :	D 1 ☐	D 2 ☐	D 3 ☐	D 4 ☐	
Formule E :	E 1 ☐	E 2 ☐	E 3 ☐	E 4 ☐	|__|__|__|,|__|__|€
☐ 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*

** faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé"*

Cachet de la Fédération ou de l'Association Sportive

Adhérente MUTUALITÉ FRANÇAISE

Mutuelle des Sportifs

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité
Mutuelle immatriculée au répertoire Sirène sous le Numéro siren n° 422 801 910
2-4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - ☎ : 01 53 04 86 86 - 🖷 : 01 53 04 86 87

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 31ème jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4ème 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.

ANNEXE 6 Bis - pour licenciés mineurs

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE 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 □ un garçon □ | **Ton âge :**

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	□	□
As-tu été opéré (e) ?	□	□
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	□	□
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	□	□
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	□	□
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	□	□
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	□	□
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	□	□
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	□	□
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	□	□
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	□	□
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	□	□
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	**OUI**	**NON**
Te sens-tu très fatigué (e) ?	□	□
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	□	□
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	□	□
Te sens-tu triste ou inquiet ?	□	□
Pleures-tu plus souvent ?	□	□
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	□	□
Aujourd'hui	**OUI**	**NON**
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	□	□
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	□	□
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	□	□
Questions à faire remplir par tes parents	**OUI**	**NON**
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 ?	□	□
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	□	□
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.)	□	□

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.fffa.org - viesportive@fffa.org
Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270
Fédération Sportive régie par la loi du 1er juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z

ANNEXE 7

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 .....…….....

en compétition, avec autorisation médicale pour la saison 2021-2022 au sein de l'association sportive :.....

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 2021-2022 au sein de l'association sportive : .....

Fait à …… le ..... / ..... / .....

Signature :

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.fffa.org - fffa@fffa.org
Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270
Fédération Sportive régie par la loi du 1er juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z

GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

MUTUELLE DES SPORTIFS

2-4, rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16
Téléphone : 01 53 04 86 20 - Fax : 01 53 04 86 87

MUTUALITÉ FRANÇAISE

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

☐ autre cas (à préciser) : ____________

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 (*) : ____________

SUITE CI-CONTRE →

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.