

# DOSSIER D'INSCRIPTION SAISON 2024 / 2025



Section : CHEERLEADING

<b>Catégorie :</b>	<b>IMPERIALE</b>
Année de naissance :	2010 à 2006
Activités :	Cheerleading

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## SAISON 2024 / 2025

**N'imprimez que les pages 4, «7 ou 8», 9, 10, 11, 14 sans recto-verso**

Vous trouvez dans ce dossier :

- Notice pour constituer le dossier d'inscription ..... page 3
- Fiche Individuelle de renseignements ..... page 4
- Tarif et Echancier ..... page 5
- Lieux, Horaires et Calendrier d'entraînement ..... page 6
- Questionnaire de santé pour sportif MINEUR .....page 7
- Questionnaire de santé pour sportif MAJEUR .....page 8
- Demande de licence FFFA .....page 9
- SMACL (assurance FFFA) ..... pages 10-11
- Formulaire de déclaration d'accident ..... pages 12-13
- Formulaire « Droit à l'image » ..... page 14
- Règlement Intérieur..... pages 15-18

**Pour rappel, une personne est licenciée lorsque cette dernière a donné tous les documents demandés : photo, pièce d'identité, formulaire de demande de licence signé, certificat médical, questionnaire de santé signé, justificatif d'assurance (SMACL ou assurance personnelle) et Règlement de la cotisation.**

Contact responsable de section cheer :

Email : cheerleading@wareagles.fr

Laetitia Serrano : 06.24.47.46.31

# NOTICE INSCRIPTION

## SAISON 2024 / 2025

Retour du dossier d'inscription complet et signé au plus tard le **18 Octobre 2024**.  
A remettre **UNIQUEMENT COMPLET** et signé aux coachs lors des entrainements.

**ATTENTION: tout retard au-delà de cette date entrainera une pénalité de 10€ sur les frais d'inscription et, pour des raisons d'assurance, une interdiction de participer aux entrainements.**

### > **1<sup>ère</sup> DEMANDE d'INSCRIPTION :**

- Fiche individuelle de renseignements (page 4)
- 2 Photographies récentes d'identité
- Photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité
- Questionnaire relatif à l'état de santé : sportif MINEUR (page 7)
- Certificat médical d'aptitude à la pratique du cheerleading en loisir ET en compétition
- Demande de licence FFFA (5 encadrés rouges à remplir page 9)
- SMACL (document à rendre obligatoirement même si non souscrit, pages 10 et 11)
- Attestation individuelle accident couvrant spécifiquement la pratique du cheerleading (si non souscrit à la SMACL)
- Formulaire « Droit à l'image » (page 14)
- Règlement de la cotisation (voir détail page 5)

### > **RENOUVELLEMENT DE LICENCE :**

- Fiche individuelle de renseignements (page 4)
- Questionnaire relatif à l'état de santé : sportif MINEUR (page 7) ou MAJEUR (page 8)
- Certificat médical d'aptitude à la pratique du cheerleading en loisir ET en compétition :
  - \* si le dernier certificat médical fourni date de plus **de 2 ans**
  - \* si vous répondez « OUI » à une des questions du questionnaire de santé
- Demande de licence FFFA (5 encadrés rouges à remplir page 9)
- SMACL (document à rendre obligatoirement même si non souscrit, pages 10 et 11)
- Attestation individuelle accident couvrant spécifiquement la pratique du cheerleading (si non souscrit à la SMACL)
- Formulaire « Droit à l'image » (page 14)
- Règlement de la cotisation (voir détail page 5)

# Fiche Individuelle de renseignements

## SAISON 2024 / 2025

Section Impériale :  1<sup>ère</sup> Adhésion  Renouvellement

NOM :

Prénom :

Taille (cm) :

Poids (kg) :

Née le :

à

Nationalité :

Adresse :

Emplacement réservé  
à la photo d'identité

Tel de la mère :

Tel du père :

Tel cheerleader (optionnel) :

Adresse email de la mère :

Adresse email du père :

Adresse email cheerleader (optionnel) :

Personnes à contacter (en plus des parents) en cas de besoin :

1: Nom: Téléphone:

2: Nom: Téléphone:

3: Nom: Téléphone:

### **Assurance obligatoire au choix :**

SMACL (souscription via le formulaire ci-joint)

PERSONNELLE (attestation individuelle accident à fournir)

**Code Pass'Sport saison 2024/2025 :**

# TARIF et ECHEANCIER SAISON 2024 / 2025

## TARIFS :

La cotisation dépend de la catégorie d'âge et de l'ancienneté au club :

<b>Ancienneté :</b>	<b>1<sup>ère</sup> adhésion</b>	<b>Renouvellement</b>
<b>Cotisation :</b>	<b>270 €</b>	<b>250 €</b>

La cotisation comprend l'adhésion au club, la licence FFFA et le prêt de l'uniforme de Cheerleading lors des évènements et des compétitions.

## ECHEANCIER :

La cotisation sera payée en 3 versements (cf. tableau ci-dessous) :

- par chèque à l'ordre des War Eagles (inscrire le nom de l'adhérent au dos)
- en espèce (cotisation intégrale remise dans une enveloppe au nom de l'adhérent).

**ATTENTION :** les 3 chèques doivent être remis au moment de l'inscription. Cependant, si pour quelque raison que ce soit, la saison devait être arrêtée ou les entraînements suspendus (ex: mesures sanitaires, blessure avec certificat médical...), nous n'encaisserons pas les paiements des périodes à venir.

Adhésion	1 <sup>ère</sup> adhésion		Renouvellement	
	Sans Pass'Sport	Avec Pass'Sport	Sans Pass'Sport	Avec Pass'Sport
31/10/2024	120 €	120 €	100 €	100 €
01/01/2025	75 €	50 €	75 €	50 €
01/04/2025	75 €	50 €	75 €	50 €
<b>Total</b>	<b>270 €</b>	<b>220 €</b>	<b>250 €</b>	<b>200 €</b>

# Horaires et Calendrier des Entraînements SAISON 2024 / 2025

Entraînements Hebdomadaires : tous les Mercredi

Lieu : Salle du Peyrou, Teyran  
Horaire : 19h00-21h00  
Jour : tous les Mercredi

Entraînements Mensuels : 1 Dimanche par mois

Lieu : salle confirmée la semaine précédant l'entraînement, Teyran  
Horaire : 9h00-17h00

Jour :      Dimanche 29 Septembre 2024  
              Dimanche 20 Octobre 2024  
              Dimanche 24 Novembre 2024  
              Dimanche 1 Décembre 2024  
              Dimanche 12 Janvier 2025  
              Dimanche 2 Février 2025  
              Dimanche 2 Mars 2025  
              Dimanche 30 Mars 2025  
              Dimanche 18 Mai 2025  
              Dimanche 29 Juin 2025

Camps Vacances Scolaires : 2 jours consécutifs à chaque période

Lieu : salle confirmée la semaine précédant le camp, Teyran  
Horaire : 9h00-17h00

Camp #1 : Vacances Toussaints : Mercredi 23 Octobre et Jeudi 24 Octobre 2024

Camp #2 : Vacances Noël : Dimanche 22 Décembre et Lundi 23 Décembre 2024

Camp #3 : Vacances d'Hiver : Mercredi 19 Février et Jeudi 20 Février 2025

Camp #4 : Vacances de printemps Mercredi 16 Avril et Jeudi 17 Avril 2025

\*\*\*\*\*

## Attention

**Il est possible que des entraînements soient modifiés ou annulés par décision des encadrants ou de la Mairie.**

**Des dates pourront également être rajoutées à l'approche d'évènements ou de compétitions.**

**Ces changements vous seront systématiquement signalés le plus tôt possible par mail et par sms.**

**Nom:****Prénom:**

ANNEXE 6 Bis

**QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT 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 <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge :	
<b>Depuis l'année dernière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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"/>
<b>Aujourd'hui</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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](http://www.ffa.org) - [viesportive@ffa.org](mailto:viesportive@ffa.org)

Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z

**Nom:****Prénom:**

ANNEXE 6



## 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. Simplemment 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*

**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](http://www.ffa.org) - [viesportive@ffa.org](mailto:viesportive@ffa.org)

Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z





# DEMANDE DE LICENCE FFFA SAISON 2024/2025

PHOTO

À REMPLIR EN CAPITALES D'IMPRIMERIE  
Pour les mineurs, renseigner le numéro de téléphone et le courriel d'un responsable légal

Club : **W A R E A G L E S**

## 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  
Numéro de 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 U12		14,3	Loisir U7		18,6	Loisir Tiny		14,5
Compétition U12		24,2	Loisir U9		18,6	Loisir Minime		14,5
Loisir U14		14,3	Compétition U9		18,6	Compétition Minime		19,9
Compétition U14		24,2	Loisir U11		18,6	Minime surclassé Cadet		19,9
U14 surclassé U17		60,2	Compétition U11		18,6	Loisir Cadet		19,8
Loisir U17		14,3	Loisir U13		18,6	Compétition Cadet		19,9
Compétition U17		60,2	Compétition U13		18,6	Cadet surclassé Junior		19,9
U17 surclassé U20		60,9	Loisir U15		18,6	Loisir Junior		19,8
Loisir U20		35,1	Compétition U15		18,8	Compétition Junior		19,9
Compétition U20		60,9	U15 surclassé U17		34,5	Junior surclassé en Senior		33,1
U20 surclassé Senior		67,6	Loisir U17		18,6	Loisir senior		19,8
Loisir Senior		35,1	Compétition U17		34,5	Compétition senior		33,1
Compétition Senior		67,6	U17 surclassé Senior		34,5	Entraîneur		20,5
Issu d'un championnat majeur		407,1	Loisir Senior		18,6	Dirigeant		20,5
Entraîneur		20,5	Compétition Senior		34,5	Juge		31,1
Dirigeant		20,5	Entraîneur		20,5	Bénévole		6,9
Arbitre		31,1	Dirigeant		20,5			
Bénévole		6,9	Arbitre		31,1			
			Bénévole		6,9			

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 \_\_\_\_\_

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

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.

Licence 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 : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

Visa du club (date / tampon / signature) : \_\_\_\_\_

majeur  
mineur

## 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, certifié 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 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@ffa.org".

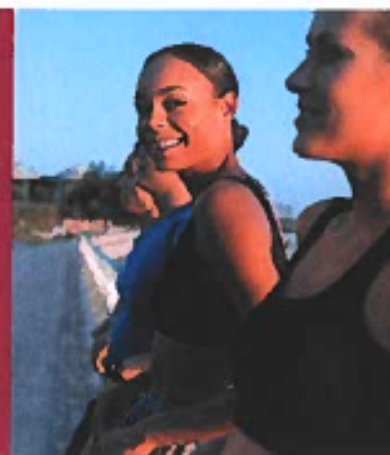
Je souhaite recevoir la newsletter FFFA pour être au courant de toute l'actualité fédérale  
J'accepte de recevoir des offres commerciales pour des produits ou services liés à ma pratique sportive, de la part de la FFFA ou de ses partenaires  
J'autorise la FFFA à utiliser mon image, uniquement dans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

OUI  NON   
OUI  NON



## Votre bulletin de souscription

Garantie individuelle accident  
complémentaire



Contrat collectif « Individuelle accident complémentaire » à adhésion facultative souscrit par la fédération auprès de SMACL Assurances.

Il est destiné à couvrir les licenciés ou les pratiquants occasionnels non licenciés qui souhaitent bénéficier de garanties complémentaires allant au-delà du régime de base offert par la licence.

### BULLETIN DE SOUSCRIPTION À RETOURNER À

SMACL Assurances - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9,  
accompagné de votre règlement par chèque à l'ordre de SMACL Assurances du montant de l'option choisie.

À réception, vous serez adressées les conditions particulières récapitulant les caractéristiques de votre souscription.

### ASSURÉ

Mme  M.

Nom :  Nom de naissance :

Prénoms :  Date de naissance :

Adresse :

Code postal :  Ville :

Téléphone :  E-mail :

Profession :

Nom du club affilié :

- Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat d'assurance souscrit par la fédération et notamment la garantie Individuelle accident complémentaire ayant pour objet l'indemnisation des accidents corporels suite à un accident survenant dans le cadre des activités garanties au titre du contrat de la fédération et ce, en complément du régime de base offert par la licence.

et

- Décide de souscrire cette option Individuelle accident complémentaire à effet du lendemain de la réception du bulletin. Les garanties prennent fin au 31 juillet suivant.

### DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

- Mes héritiers légaux dans l'ordre successoral

- Autre désignation :

La clause bénéficiaire désigne la (ou les) personne(s) qui percevront le capital du contrat en cas de décès de l'assuré. Elle doit donc impérativement être adoptée à la situation familiale, aux objectifs et à la volonté de l'assuré. Aussi, afin d'éviter toute ambiguïté sur l'identité des bénéficiaires ou ce prévenir une éventuelle situation de déshérence, l'assuré doit porter une attention particulière à sa rédaction.

Il s'agit de bénéficier de garanties complémentaires au contrat de base « Individuelle accident corporel » proposée par la fédération, soit, au choix :

- un capital Décès
- un capital Invalidité : un capital invalidité dont le montant est fixé ci-dessous selon la catégorie de bénéficiaires. Aucune indemnité ne sera versée lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 5 %.
- des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale :
  - indemnité, destinée à compenser une perte réelle de revenus ou un manque à gagner justifié, est versée à compter du 8<sup>e</sup> jour suivant la date de l'accident et pendant un maximum de 365 jours répartis sur 2 ans ;
  - incapacité temporaire cesse dès que l'assuré est en mesure de reprendre, même partiellement, ses occupations ou dès la consolidation médicale de son état.

La date de consolidation des blessures et la durée de l'incapacité temporaire totale sont fixées par le médecin-expert désigné par SMACL Assurances.

Assuré	Formule	Montant du capital DÉCÈS	Montant du capital INVALIDITÉ (100 % Invalidité) <sup>(1)</sup>	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES Montant / jour	TARIF FORFAITAIRE TTC	COCHER LA FORMULE CHOISIE
Licencié (ou pratiquant occasionnel non licencié)	1	15 000 €	31 000 €		25 €	<input type="checkbox"/>
	2	30 000 €	61 000 €	15 €	55 €	<input type="checkbox"/>
	3	50 000 €	75 000 €	30 €	80 €	<input type="checkbox"/>

(1) Montant obtenu en multipliant le capital par le taux d'incapacité permanente résultant de l'accident.

Je ne souhaite pas recevoir les offres sur les autres produits et services de SMACL Assurances

J'accepte de recevoir les offres commerciales des partenaires de SMACL Assurances

- Vous reconnaissez avoir pris connaissance des documents d'information sur le produit d'assurance individuelle accident complémentaire et de la notice d'information du contrat d'assurance souscrit par la fédération et définissant :
  - les garanties et notamment la garantie Individuelle accident complémentaire ayant pour objet l'indemnisation des accidents corporels suite à un accident survenant dans le cadre des activités garanties en complément du régime de base de la licence ;
  - leurs modalités d'entrée en vigueur ;
  - les formalités à accomplir en cas de sinistre.

et vous certifiez en avoir pris connaissance avant la signature du présent bulletin de souscription.

- Vous reconnaissez que votre contrat ne pourra prendre effet au plus tôt que le lendemain du jour de réception par SMACL Assurances.

Fait à  le  /  / 20

**Vos données personnelles :** SMACL Assurances et SMACL Assurances SA, en qualité de responsables conjoints du traitement, recueillent et utilisent vos données personnelles pour la souscription, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance. Vos données peuvent également être traitées dans le cadre de nos obligations en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude mis en œuvre dans l'intérêt légitime de SMACL Assurances, de SMACL Assurances SA et de leurs assurés. Pour plus d'informations sur l'utilisation de vos données ou l'exercice de vos droits (accès, rectification, opposition, etc.), consultez notre espace dédié « Données personnelles » sur notre site internet ([www.smacl.fr/donnees-personnelles](http://www.smacl.fr/donnees-personnelles)) ou contactez le Délégué à la protection des données : [protectiondesdonnees@smacl.fr](mailto:protectiondesdonnees@smacl.fr)

**Signature du représentant**

Contrat assuré par SMACL ASSURANCES - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances, RCS Niort n° 301 309 605 141, Siège social : 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9, Géré par SMACL ASSURANCES SA - Société anonyme au capital de 138 801 048 euros, entreprise régie par le Code des assurances, RCS Niort n° 833 817 224, Siège social : 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9.





# Votre déclaration d'accident

Individuelle accident corporel



Cette déclaration doit être transmise par mail à l'adresse : [indemnisations-corp@smacl.fr](mailto:indemnisations-corp@smacl.fr)

## PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

Un certificat médical établi par le médecin consulté le jour de l'accident. Ce document est à adresser à SMACL Assurances sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil et devra comporter les mentions suivantes :

- date de l'examen médical
- date de l'accident
- nature et siège des blessures
- durée de l'incapacité sportive totale minimum
- durée de l'arrêt de travail s'il y a lieu

### En cas de décès :

- certificat de décès indiquant la cause du décès (à adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil),
- copie du procès verbal de gendarmerie ou du rapport de police.

## FÉDÉRATION SOUSCRIPTRICE

**FEDERATION FRANCAISE FOOTBALL AMERICAIN**

N° de société : **392387/H**

## CLUB OU ORGANISME TERRITORIAL DÉLÉGATAIRE

Nom du club :	N° d'affiliation :
Nom du déclarant :	Qualité :
Adresse du déclarant :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	E-mail :

## PERSONNE BLESSÉE

Nom de naissance :	Date de naissance :
Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	E-mail :
Profession :	
Le cas échéant : Représentant légal (Nom de naissance, prénom et qualité) :	

## PROTECTION SOCIALE

Êtes-vous affilié(e) à un régime d'assurance maladie :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
N° d'immatriculation :	
Nom et adresse de la caisse :	
L'accident a-t-il été déclaré à votre caisse :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous souscrit une complémentaire santé (ou mutuelle santé) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
N° d'affiliation :	
Nom et adresse de l'organisme :	
L'accident a-t-il été déclaré à cet organisme complémentaire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le blessé a-t-il souscrit la garantie Individuelle accident complémentaire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

IDENTIFICATION SPORTIVE (DONNÉES OBLIGATOIRES)	
N° de licence :	<input type="text"/>
Le blessé est :	1 - <input type="checkbox"/> Pratiquant <input type="checkbox"/> Pratiquant pré-structure <input type="checkbox"/> Enseignant bénévole <input type="checkbox"/> Dirigeant 2 - <input type="checkbox"/> Sportif de haut niveau

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT CORPOREL (DONNÉES OBLIGATOIRES)	
Date de l'accident :	<input type="text"/>
Heure :	<input type="text"/>
Nom de la manifestation :	<input type="text"/>
Ville :	<input type="text"/>
Département :	<input type="text"/>

SIÈGE DE LA BLESSURE			
<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Crâne, face, cou et système nerveux	<input type="checkbox"/> Dent(s), mâchoire	<input type="checkbox"/> Œil
<input type="checkbox"/> Membre inférieur et coccyx/sacrum	<input type="checkbox"/> Membre supérieur et épaule/clavicule	<input type="checkbox"/> Doigt(s), main(s), doignet(s)	
<input type="checkbox"/> Dos, rachis et moelle épinière	<input type="checkbox"/> Thorax	<input type="checkbox"/> Appareil génito-urinaire	

Technique à l'origine de la blessure (DONNÉES OBLIGATOIRES)	
SPORT OU ACTIVITÉ PRATIQUE AU MOMENT DE L'ACCIDENT	
<input type="text"/>	
CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT	
<input type="text"/>	

Fait à <input type="text"/>	le <input type="text"/>	Nom du déclarant : <input type="text"/>
Signature du déclarant : <input type="text"/>		Cachet du club : <input type="text"/>

J'accepte que des données médicales me concernant soient collectées et traitées par SMACL Assurances pour les stricts besoins liés à la gestion de mon dossier et qu'elles soient communiquées à tout médecin, avocat, expert ou autre organisme intervenant au dossier ou dont l'avis est sollicité dans l'exercice de mon recours. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment, mais nous ne serons alors plus en mesure de traiter votre demande d'indemnisation si des données médicales sont nécessaires.

**Vos données personnelles :** SMACL Assurances et SMACL Assurances SA, en qualité de responsables conjoints du traitement, recueillent et utilisent vos données personnelles pour la gestion de votre dossier d'indemnisation ou de votre recours. Vos données peuvent également être traitées dans le cadre de nos obligations en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude mis en œuvre dans l'intérêt légitime de SMACL Assurances, de SMACL Assurances SA et de leurs assurés. Pour plus d'informations sur l'utilisation de vos données ou l'exercice de vos droits (accès, rectification, opposition, etc.), consultez notre espace dédié « Données personnelles » sur notre site internet ([www.smACL.fr/assurances-personnelles](http://www.smACL.fr/assurances-personnelles)) ou contactez le Délégué à la protection des données : [protectiondesdonnees@smACL.fr](mailto:protectiondesdonnees@smACL.fr)

05 49 32 56 56 (prix d'un appel local)

SMACL ASSURANCES - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances.  
RCS Niort n° 501 309 605. Siège social : 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79051 NIORT CEDEX 9.



05/2024 - Conception : Direction développement et communication SMACL Assurances.  
Photo : Fédération française de football américain.



# Droit à l'image SAISON 2024 / 2025

## DROIT pour MINEUR

Dans le cadre de nos activités, votre enfant pourrait être photographié ou filmé. Nous sollicitons donc votre autorisation pour utiliser ces supports.

NB: Les légendes ou commentaires ne permettront en aucun cas d'identifier votre enfant.

Je soussigné(e), ....., responsable légal de l'enfant ..... autorise le club War Eagles à utiliser l'image mon enfant pour promouvoir ses activités et les compétitions, sur des journaux, prospectus, flyers et sur son site Internet ou autres réseaux sociaux du club.

Fait à ..... le .....,

Signature :

\*\*\*\*\*

## DROIT pour MAJEUR

Dans le cadre de nos activités, vous pouvez être photographié ou filmé. Nous sollicitons donc votre autorisation pour utiliser ces supports.

NB: Les légendes ou commentaires ne permettront en aucun cas de vous identifier.

Je soussigné(e), ....., autorise le club War Eagles à utiliser mon image pour promouvoir ses activités et les compétitions, sur des journaux, prospectus, flyers et sur son site Internet ou autres réseaux sociaux du club.

Fait à ..... le .....,

Signature :

# **REGLEMENT INTERIEUR WAR EAGLES**

## **Section : CHEERLEADING**

### **SAISON 2024 / 2025**

**Toute personne, ayant adhéré à la section « cheerleading » de l'association War Eagles, s'engage à respecter ce règlement intérieur.**

#### **1 - LES ADHÉRENT(E)S**

Est considéré comme cheerleader adhérent(e) des WAR EAGLES, toute personne ayant :

- réglé la cotisation dont le montant est fixé par l'Association et payable en début de saison.
- fourni un certificat médical autorisant la pratique du Cheerleading en compétition (y compris en surclassement si besoin).
- complété et signé l'ensemble des documents demandés dans le dossier d'inscription.

#### **2 - LES ENTRAÎNEMENTS**

##### **2 - 1 - Planning**

Les adhérent(e)s s'engagent à respecter les horaires et les plannings des entraînements comme définis dans le dossier d'inscription en fonction de leur catégorie.

Les entraînements pourront être exceptionnellement annulés ou modifiés sur décision du Bureau ou de la Mairie. Les modifications ou annulations feront l'objet d'un mailing systématique et/ou d'une information par sms.

## **2 - 2 - Présence / Assiduité**

La présence aux entraînements sera minutieusement suivie tout au long de l'année.

Nous attendons de tou(tes)s les adhérent(e)s qu'ils/elles soient présent(e)s aux entraînements sauf en cas de maladie contagieuse ou de fièvre.

Les adhérents(e)s blessé(e)s sont également tenu(e)s d'assister aux entraînements pour observer et participer à la vie de l'équipe.

Un certificat médical avec une estimation de votre temps de convalescence doit être remis à l'entraîneur. En cas de reprise anticipée, une autorisation médicale devra être transmise. Sans ce document, vous ne serez pas autorisé(e) à pratiquer.

## **2 - 3 - Déroulement**

Les cheerleaders doivent arriver à l'heure aux entraînements.

Attention : les horaires d'entraînement ne prennent pas en compte les temps d'habillage/déshabillage. Merci d'arriver en tenue ou de prévoir d'arrivée un peu en avance pour passer aux vestiaires. Il appartient aux adhérent(e)s d'installer et de ranger leur matériel AVANT ET APRÈS chaque entraînement. Pour cela les adhérent(e)s doivent arriver 5 minutes avant.

Les entraînements se déroulent à huis-clos : il est demandé aux parents de ne pas rester dans la salle le temps de l'entraînement et de patienter devant la porte à la fin de l'entraînement.

Les téléphones portables devront être éteints ou mis en mode silence pendant les entraînements. Ils resteront rangés et ne seront pas consultés/utilisés durant toute la durée de la séance. En cas d'urgence pendant une séance, vous pourrez contacter directement la coach.

## **3 - TENUE ET UNIFORMES**

### **3 - 1 - Tenue d'entraînement**

Chaque adhérent(e) doit arriver à l'entraînement en tenue adaptée à la pratique du cheerleading.

Il est recommandé :

- une brassière et/ou un t-shirt très près du corps
- un short/shorty ou un legging
- cheveux attachés par un élastique ou un bow
- pas de bijou
- une bouteille d'eau
- éventuellement une serviette
- une paire de baskets blanches et propres à semelles lisses OBLIGATOIRES et EXCLUSIVEMENT RESERVEES à l'usage du CHEERLEADING !!
- une paire de chaussons noirs EXCLUSIVEMENT RESERVEES à l'usage de la danse pompom en salle !!



### **3 - 2 - Uniforme de représentation et de compétition pour le cheerleading**

Pour les représentations officielles et les compétitions, l'uniforme est de rigueur. Il est composé d'un top et d'une jupe ou d'un short aux couleurs du club. Il est strictement interdit d'utiliser l'uniforme à des fins personnelles (déguisement...).

La tenue officielle de cheerleading se compose de :

- un uniforme (top et jupe ou short pour les garçons)
- un hair bow (noeud pour les cheveux) qui sera prêté et rendu à l'issue de chaque représentation.
- une paire de baskets blanches et propres portées avec des socquettes blanches

### **3 - 3 - Règles générales**

Il ne sera pas toléré (ni aux entraînements, ni en représentations, ni en compétition) :

- bijoux et piercing
- maquillage vulgaire
- ongles longs
- chewing-gums

Remarques : les tatouages sont interdits en compétition ou représentation (il faudra prendre des dispositions pour les camoufler).

## **4 - COMPETITIONS ET EVENEMENTS**

La compétition n'est pas une fin en soi et ne doit pas engendrer des comportements non fairplay. Cependant, elle reste une motivation importante et doit donc être considérée comme un objectif à atteindre collectivement.

La présence aux évènements/animations (matches de l'équipe sénior de Football Américain, loto du club... ou autres événements extérieurs...) est fortement souhaitée.

La présence aux compétitions est obligatoire.

Le planning des représentations et des compétitions vous sera communiqué dans les meilleurs délais afin de vous permettre de vous organiser.

Chaque adhérent(e) s'engage à arriver à l'heure aux rendez-vous fixés lors des animations.

## **5 - RÉGLES de COMPORTEMENT et CHARTE de BONNE CONDUITE**

Les huddles de fin d'entraînements sont obligatoires.

En sport, un « huddle » est l'action d'une équipe de se regrouper ensemble, en cercle, afin de partager sa stratégie, de se motiver, ou de célébrer.

Il est strictement interdit d'utiliser l'uniforme à d'autres fins que celles de compétitions ou d'évènements réalisés par l'Association. Il est interdit de diffuser des photos vous mettant en scène avec l'uniforme hors évènements encadrés par le club sur les réseaux sociaux ou tout autre support.

Contrairement à ce qui est véhiculé par les films ou séries diverses, le Cheerleading est une discipline sportive qui demande rigueur et motivation. Il s'agit d'un sport d'équipe qui nécessite entraide et humilité.

Vous pratiquez une discipline complexe et qui peut s'avérer dangereuse si elle est mal exercée : il faut écouter et rester attentif aux consignes des coaches.

Il ne sera toléré aucun comportement et aucune parole déplacé ou violent envers un membre de l'Association, un coach, un parent, un juge, un(e) co-équipière, un adhérent d'une autre section ou un adversaire. Nous sommes ici dans le cadre d'une association sportive pour passer de bons moments ensemble et performer dans la joie et la bonne humeur. Vous représentez les WAR EAGLES : aucun écart de comportement ne sera toléré.

Les insultes, moqueries, critiques et autres remarques désobligeantes n'ont pas leur place dans nos rangs, que ce soit sur les réseaux sociaux de l'Association, pendant les entraînements, les déplacements ou les représentations. Les adhérent(e)s concerné(e)s se verront systématiquement convoqué(e)s par le Bureau et pourront se voir infliger des sanctions pouvant aller jusqu'à l'exclusion. Les mineur(e)s seront convoqué(e)s avec leurs parents.

En revanche, les coaches et les membres du bureau sauront porter une oreille attentive auprès de chacun si vous rencontrez des problèmes de quelque nature qu'ils soient : nous sommes avant tout une grande famille sportive.

Nous mettrons tout en œuvre pour vous permettre de vous épanouir au sein de notre association. Nous attendons, en retour de votre part, un respect des règles évoquées ci-dessus.

Pour vous permettre de pratiquer votre discipline dans les meilleures conditions possibles, toute une équipe de bénévoles (coachs, responsables de section, assistants, ...) travaillent en amont et tout au long de l'année. Il est donc important de s'investir à fond dans les entraînements et les représentations ou compétitions et d'être présents à tous les évènements club.

Le Bureau des WAR EAGLES