



Saison 2015/2016 - Création de licence

Nom de l'association :

Le licencié	
Nom & coordonnées	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mr Nom : Prénom : Date de naissance : Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère : Adresse : CP : Ville : Tél. : E-mail :@.....
	<input type="checkbox"/> Handicaps orthopédiques : <input type="checkbox"/> Amputations MS <input type="checkbox"/> Amputations MI <input type="checkbox"/> Agénésies MS <input type="checkbox"/> Agénésies MI <input type="checkbox"/> Raideurs articulaires <input type="checkbox"/> Fragilités osseuses <input type="checkbox"/> Personne de petite taille
	<input type="checkbox"/> Handicaps neurologiques d'origine périphérique : <input type="checkbox"/> Poliomyélite <input type="checkbox"/> Polyradiculonévrites <input type="checkbox"/> Atteinte des nerfs rachidiens <input type="checkbox"/> Paralysies plexiques <input type="checkbox"/> Paralysies tronculaires <input type="checkbox"/> Polynévrites
	<input type="checkbox"/> Handicaps neurologiques évolutifs : <input type="checkbox"/> Myopathies ou Dystrophies musculaires <input type="checkbox"/> Amyotrophies spinales <input type="checkbox"/> Hérédo dégénérescences spino-cérébelleuses <input type="checkbox"/> Atteintes neurologiques d'origine immunitaire (SEP)
	<input type="checkbox"/> Paraplégiques et tétraplégiques : <input type="checkbox"/> Avec ou sans modification du tonus musculaire <input type="checkbox"/> Avec ou sans troubles sensitifs <input type="checkbox"/> Spina Bifida paralytiques
	<input type="checkbox"/> Hémiplégiques <input type="checkbox"/> IMC <input type="checkbox"/> Handicaps visuels : <input type="checkbox"/> Amblyope <input type="checkbox"/> Non-voyant <input type="checkbox"/> Handicaps auditifs <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : <input type="checkbox"/> VALIDE

La licence				
Type de licence	<input type="checkbox"/> compét. + 20 ans	62,50 €	sport pratiqué :	
	<input type="checkbox"/> compét. - 20 ans	27 €		
	<input type="checkbox"/> cadre & bénévole	27 €	<input type="checkbox"/> pratiquant <input type="checkbox"/> non pratiquant	Fonction : Sport :
	<input type="checkbox"/> loisir	27 €	sport(s) pratiqué(s) :	1er (principal) :
	<input type="checkbox"/> établissement	de 17 à 8 €		2e (secondaire) :

Le certificat médical (**obligatoire** sauf pour les cadres non pratiquant)

Certificat médical de non contre-indication datant de moins d'un an



Date :

Nom du médecin :

+ **pour les compétiteurs déficients visuels** : date du certificat de non contre-indication ophtalmologique



Date :

Nom du médecin :

→ J'atteste avoir remis à mon association le certificat médical datant de moins d'un an et attestant l'absence de contre-indication à la pratique de la (des) disciplines(s) sportive(s) pour laquelle (lesquelles) la licence est sollicitée.

Signature du licencié (ou du représentant légal pour les mineurs) :



Assurance

- A lire, remplir et signer -

Nom du licencié : _____

Je soussigné(e), _____ déclare avoir :

Nom et Prénom du demandeur ou du représentant légal

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

Garantie de base Individuelle Accident :

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

Garanties complémentaires « SPORTMUT HANDISPORT » :

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

Fait le : ___ / ___ / _____

A : _____

Signature :