



DOSSIER D'INSCRIPTION

Saison 2023-2024

Bonjour et bienvenue chez Les Aigles !

Afin de participer aux entraînements et aux rencontres vous devez fournir au club un dossier de demande de licence **COMPLET**. Vous avez au maximum deux entraînements d'essai pour prendre votre décision. **Pour ces deux entraînements, c'est votre assurance qui sera utilisée si besoin. L'assurance du club ne pourra être prise en compte.**

BULLETIN D'ADHÉSION

L'athlète (Nom et Prénom).....désire adhérer à l'association des Aigles dans la section.....

Je m'engage donc à payer la cotisation annuelle correspondant à ma catégorie **et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur que j'accepte sans réserve** (disponible sur notre site internet). Je me réserve le droit de demander communication et rectification de toutes informations me concernant dans tout fichier à usage de l'association conformément à la loi informatique et liberté 78-17 du 06 janvier 1978.

La signature du dossier licence constitue une autorisation pour faire appel aux services d'urgences qui prendront les mesures qui s'imposent en termes d'hospitalisation ou d'intervention.

Votre signature vaut également autorisation pour le droit à l'image, cela autorise, l'association des Aigles, à me photographier, filmer, enregistrer, interviewer, ... dans le strict cadre des activités sportives et manifestations des Aigles, puis à les produire et diffuser sur des supports de communication (affiches, site web, vidéos promotionnelles, réseaux sociaux, presse...). Je suis informé(e) que cette prestation et déclaration ne peuvent donner lieu à aucune rémunération. Cette autorisation est donnée pour une durée d'une année à compter de la signature de la présente.

Date :

Signature de l'athlète :

ET

Date :

Signature du responsable légal :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Informations concernant le/la licencié(e)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone du licencié :

Mail du licencié (obligatoire) :

Profession ou études en cours :

Numéro de la carte PASS REGION

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Mail :

FICHE MÉDICALE

Mentions particulières (allergie, maladie, prise de médicaments, antécédents traumatiques, traitement médical, ...) :

.....
.....

VISITE MÉDICALE

Le certificat médical n'est à fournir qu'en cas de 1^{ère} licence pour les personnes majeures, ou si vous avez répondu positivement à l'une des questions du questionnaire de santé QS-Sport CERFA 15699*01, ou si votre dernier certificat médical date de plus de 3 ans.

La visite médicale doit obligatoirement être effectuée par un médecin du sport en cas de surclassement et pour les catégories Football Américain, Flag et Cheerleading. Dans tous les autres cas, la visite médicale peut être faite par un médecin généraliste.

Les mineurs ne sont pas tenus d'apporter un certificat médical même en cas de première licence, le questionnaire est suffisant si toutes les cases sont cochées non.

Nous vous invitons à adhérer au contrat « SportMut » si vous ne possédez pas, par ailleurs, d'un contrat de prévoyance adapté via le formulaire joint.

DÉCLARATION D'USAGE DE CERTAINS MÉDICAMENTS

L'utilisation de certains médicaments nécessite, dans le cadre de la lutte contre le dopage, d'être déclaré ou autorisé, selon le cas. Tous les renseignements sont indiqués sur le site de l'agence française de la lutte anti dopage (AFLD) <https://www.afdl.fr/>.

SPONSORING

Les forces vives d'un club sont les joueurs, les entraîneurs, les bénévoles et les partenaires. Ces derniers sont indispensables pour soutenir la politique de développement du club et améliorer les conditions d'entraînement et de match des joueurs. Vous connaissez forcément un chef d'entreprise (peut-être vous-même êtes entrepreneur) qui se passionne pour le sport ou qui souhaite s'engager dans la vie associative de sa région. Sollicitez-le pour apporter un soutien financier au club des Aigles.

TARIFS ANNÉE 2023-2024

SECTIONS	ANNEE DE NAISSANCE	TARIFS
Cadet U17	2009-2008-2007	170€
Junior U20	2006-2005-2004	190€
Senior	2003 et avant	250€
Flag	2006 et avant	140€
Double licence flag	2005 et avant	50€

TYPE DE PAIEMENT

Nous vous rappelons qu'aucune somme ne sera rendue en cas d'abandon du licencié ou de tout évènement imprévu (sauf précision du club).

- Virement bancaire (RIB en annexe) En 4 fois jusqu'à décembre 2022
 Chèque bancaire En 4 fois jusqu'à décembre 2022
 Chèques vacances et/ou chèques Sport **(+2,5% de frais de dossier)**
 Carte Pass Région **(Chèque Caution de 30 € Obligatoire)** N° carte :

LOCATION D'ÉQUIPEMENT FOOTBALL AMERICAIN

Location Tenue de match :

SECTION SENIOR – TENUE FOOTBALL AMERICAIN	Un chèque de caution (non encaissé) de 250€
--	--

Location équipement individuel :

SECTIONS	1 ^{ère} année		2 nd e année		3 ^{ème} année et les suivantes	
	Casque	Épaulière	Casque	Épaulière	Casque	Épaulière
U17 – U20	30 €	30 €	40 €	40 €	50 €	50 €
SENIORS	30 €	30 €	50€/an pour casque et 50€/an pour épaulières			
Toutes Sections	Un chèque de caution (non encaissé) de 150€ par équipement (150€ casque +150€ épaulière) soit 300€ pour casque et épaulière.					

Matériel(s) loué(s) : Casque Épaulière

Le club des Aigles loue tout équipement dans la limite de ses stocks disponibles.

Le chèque devra être à l'ordre « Les Aigles » et remis en même temps que le dossier licence.

Le non-respect d'une ou plusieurs de ces règles entraînera l'encaissement de tout ou partie du montant de la caution.

Nom et prénoms (Nom et prénom du responsable légal pour les mineurs) :

Le :

Signature du licencié ou du représentant légal
Précédée de la mention « lu et approuvé »

AGRAFEZ VOTRE (VOS) CHEQUES DE CAUTION ICI



DEMANDE DE LICENCE FFFA

SAISON 2023/2024

Club : Les Aigles de Chambéry

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 :

Pays de naissance :

Nationalité :

Département :

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 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 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 :								€

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.

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 :

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 RENOUELEMENT 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 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 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

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 2023-2024 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 2023-2024 au sein de l'association sportive :

Fait à le / /

Signature :

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

Durant les 12 derniers mois

1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
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) ?		

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 ?		
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. Simplet 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 - viesportive@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

ANNEXE 6 Bis

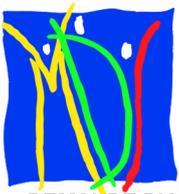
QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

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 <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge :	
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)	OUI	NON
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	OUI	NON
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	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 ?	<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.



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

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.



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Ce relevé est destiné à tout organisme souhaitant connaître vos références bancaires pour domicilier des virements ou des prélèvements sur votre compte.

CA DES SAVOIE 05/08/2019
CHAMBERY BISSY 00853
Tel. 0479446050 Fax. 0479969954

Intitulé du Compte :ASSOC. LES AIGLES FOOTBALL
AMERICAIN ET FLAG FOOTBALL

32 CHEMIN DE SAINT SIMOND

73100 AIX LES BAINS

DOMICILIATION

Code établissement	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB
18106	00810	85331171050	03

IBAN (International Bank Account Number)

FR76 1810 6008 1085 3311 7105 003

Code BIC (Bank Identification Code) - Code swift:

AGRIFRPP881

MERCI ET BELLE SAISON A TOUTES ET TOUS