

REEMPLIR VOTRE DEMANDE DE LICENCE JOUEUR :

Remplir toutes les lignes
L'adresse mail vous permettra de recevoir votre licence

Remplir si l'enfant ne jouait pas à l'Olymp. Terrenoire

Cocher l'une des deux cases, informations supplémentaires sur la feuille suivante

FFF JOUEUR / DIRIGEANT		DEMANDE DE LICENCE DE FOOTBALL - SAISON 2018-2019		LAURA	
Nom du club : Olympique Terrenoire		N° d'affiliation du club : 563864		A remplir intégralement En cas de première demande, fournir une photo d'identité	
IDENTITÉ NOM : Sexe : M <input type="checkbox"/> / F <input type="checkbox"/> PRENOM : Nationalité : FR <input type="checkbox"/> / UE <input type="checkbox"/> / ETR <input type="checkbox"/> Né(e) le : / / Ville de naissance : Adresse (1) : CP : Ville : Pays de résidence : Email (1) : Téléphones : fixe mobile (1) Je fournis (ou mon représentant légal) une adresse et une adresse électronique auxquelles me seront envoyées des communications officielles notamment celles prévues par le règlement disciplinaire de la FFF ainsi qu'un lien pour activer mon espace personnel sécurisé (Mon espace FFF) afin de prendre connaissance de mes éventuelles sanctions disciplinaires. A défaut, j'accepte expressément que les adresses de mon club soient utilisées pour mes communications officielles.		AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL (ARTICLE 70.3 DES REGLEMENTS GÉNÉRAUX) Le certificat médical est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe est applicable que si les deux conditions suivantes sont respectées pendant la période de trois saisons : - l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre, - l'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé (disponible au lien : https://www.fff.fr/e/l/qs-li.pdf), et attester d'une réponse négative à toutes les questions.			
CATÉGORIE(S) Demande une ou des licences de types (plusieurs cases peuvent être cochées) : Dirigeant <input type="checkbox"/> Joueur Libre <input checked="" type="checkbox"/> Joueur Futsal <input type="checkbox"/> Joueur Entreprise <input type="checkbox"/> Joueur Loisir <input type="checkbox"/>		CERTIFICAT MEDICAL Je soussigné, Dr (1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous, Pour les JOUEURS (2): - ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du football Date de l'examen : / / (1) - en compétition, Bénéficiaire (nom, prénom) (1) - en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure (3)(4), Signature et cachet (1)(5) (1)			
DERNIER CLUB QUITTÉ Saison : Nom du club : Fédération étrangère le cas échéant :		- ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel. (1) Obligatoire. (2) Rayer les mentions inutiles. (3) Rayer en cas de non aptitude. (4) Uniquement dans les conditions de participation fixées par les Règlements Généraux. (5) Le cachet doit être lisible en totalité (encrer noire souhaité).			
ASSURANCES Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance, dans le document fourni au verso de la présente demande, par ma Ligue régionale et mon club : - des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût, - de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer, - de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) : <input type="checkbox"/> Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur. OU BIEN <input type="checkbox"/> Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.		Pour un licencié MINEUR Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette demande à prendre une licence au sein de ce club dans les conditions énumérées dans le présent document (notamment celles relatives aux assurances) ainsi que la création d'un espace personnel. Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.		Pour un licencié MAJEUR Le demandeur certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes. Demandeur : Signature :	
OFFRES COMMERCIALES Si vous souhaitez recevoir des offres commerciales de la FFF, cochez cette case <input type="checkbox"/> Si vous souhaitez recevoir des offres commerciales des partenaires de la FFF, cochez cette case <input type="checkbox"/> Les coordonnées d'un demandeur dirigeant sont susceptibles d'apparaître sur les annuaires et/ou les sites internet de la FFF, des Ligues ou des Districts. Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case <input type="checkbox"/>		Représentant légal du demandeur : Nom, prénom : Signature :		Représentant du CLUB Je certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes et engagent la responsabilité du club. Nom, prénom : Margot Patrice Le / / Signature :	

A faire remplir par le médecin traitant si vous avez répondu OUI à l'une des questions du questionnaire de santé ci-dessous

Pas obligatoire !!!

Obligatoire !!!
Nom Prénom et
Signature du
responsable légal

Les données personnelles recueillies, propriété de la FFF, ont fait l'objet d'un traitement informatique par la FFF aux fins de traitement des demandes et de gestion des licences. Elles sont destinées aux Clubs, Districts, Ligues et à la FFF. Conformément à la « Loi Informatique et Libertés » (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de modification, d'opposition aux informations qu'il a fournies. Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant à la FFF via le formulaire de « Protection des données personnelles » sur les sites de la FFF, des Ligues et des Districts ou par courrier postal à l'adresse suivante : FFF, Correspondance Informatique et Libertés, 87 boulevard de la Nouvelle, 75338 Paris Cedex 15.



NOTICE D'ASSURANCE LIGUE AUVERGNE-RHÔNE-ALPES DE FOOTBALL (saison sportive 2018 / 2019)

(Document non contractuel)



Pour tous renseignements et déclarations d'accident, contactez le Service des Assurances M.D.S. :

Departements 01, 07, 26, 38, 42, 69, 73, 74 :

☎ : 04.72.15.30.78 - 📠 : 06.30.53.69.54 - 📠 : 04.72.37.67.91 - 📧 : annick.salignat@mutuelle-des-sportsifs.com LAURAFoot - 350B, Avenue Jean Jaures - 69007 LYON

Departements 03, 15, 43, 63 :

☎ : 04.73.34.21.79 - 📠 : 06.30.53.45.92 - 📧 : sylvie.charlemagne@mutuelle-des-sportsifs.com LAURAFoot - Zi Bois Joli II - 13, rue de Bois Joli - CS 20013 - 63808 Cournon D'Auvergne cedex

Ce document n'est qu'un résumé des contrats d'assurance visés ci-après. Il n'est par conséquent pas contractuel et n'engage pas la responsabilité de MDS CONSEIL, ALLIANZ, MUTUELLE DES SPORTIFS et

LIGUE AUVERGNE-RHÔNE-ALPES DE FOOTBALL au-delà des limites des contrats précités.

Des notices d'information sont téléchargeables sur le site Internet de la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Football (https://laurafoot.fr/fr)

ASSURÉS : Les licenciés à titre amateur de la Ligue, pratiquant les activités définies ci-dessous, résidant en France dans les pays visés et de Monaco... Les pratiquants licenciés à titre amateur résidant hors de France ou d'Andorre ou Monaco, ne sont assurés que si les activités visées ci-dessous sont pratiquées dans les pays visés ci-avant et sous l'autorité de la Ligue...

ACTIVITES GARANTIES (sous réserve que ces activités soient organisées par la Ligue, ses districts, clubs, associations ou groupements affiliés) :

* Activités sportives des assurés pratiquant le football, le futsal... * Activités physiques et sportives nécessaires à l'entraînement et à la préparation physique... * Manifestations festives à caractère privé telles que fêtes, bals, kermesses, repas...

TERRITORIALITE : Les garanties s'exercent pour les dommages survenus en France, y compris les DOM-TOM et les Principautés d'Andorre et de Monaco... Elles s'exercent également dans les autres pays du monde entier au cours d'un déplacement ou d'un séjour temporaire ne dépassant pas 90 jours...

1/ RESPONSABILITE CIVILE (extrait du contrat n° 54132968)

Contrat souscrit par la M.D.S. pour le compte de la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Football auprès de ALLIANZ I.A.R.D. (1 cours Michel – CS 30051 – 92076 Paris La Défense Cedex... Entreprise régie par le Code des assurances – SA au capital de 991 847 200 Euros...)

1. – DEFINITIONS : Dommages corporels : toute atteinte corporelle, physique, mentale ou morale subie par une personne physique... Dommages matériels : toute détérioration, dégradation ou destruction, totale ou partielle, disparition d'une chose ou substance... Dommages immobiliers : tous dommages autres que corporels ou matériels lorsqu'ils résultent de la privation de jouissance d'un droit...

2. – EXCLUSIONS : Dommages causés par une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré... Dommages résultant de la guerre civile ou étrangère, d'émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme... Dommages causés par un bien grevé ou locatère, dépositaire ou gardien... Dommages causés à l'occasion d'activités ayant fait l'objet de la souscription d'un contrat d'assurance en vertu d'obligation légale...

Table with 3 columns: GARANTIES RESPONSABILITE CIVILE, MONTANTS, FRANCHISES. Rows include Tous dommages confondus, Dommages matériels et immatériels consécutifs, Dommages immatériels non consécutifs, DEFENSE PENALE / RECOURS.

2/ INDIVIDUELLE ACCIDENT (extrait de l'Accord collectif n° 980A20)

Accord collectif n° 980A20 souscrit auprès de la Mutuelle des Sportsifs (M.D.S.) (2/4 rue Louis David - 75782 PARIS Cedex 16 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité...)

Le licencié a la possibilité de renoncer aux garanties Individuelle Accident (d'un coût de 2,64 € TTC) et donc à toute couverture en cas d'accident corporel par tout moyen permettant de faire la preuve de cette renonciation au siège de la Ligue simultanément à la demande de licence.

1. – DECLARATION D'ACCIDENT - Obligations de l'assuré : Sauf cas de force majeure, tout accident doit être déclaré dans les 5 jours soit en ligne sur le site Internet de la Ligue (https://laurafoot.fr/fr)... Sauf cas de force majeure, tout accident doit être déclaré dans les 5 jours soit en ligne sur le site Internet de la Ligue...

2. – PRESCRIPTION : Toutes actions dérivant de la présente convention sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance... Toute action dérivant de la présente convention est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance... La prescription peut être interrompue par : une des causes ordinaires d'interuption (L'ARTICLE 2244 du Code Civil) commandement ou saisie signalées à celui que l'on veut empêcher de prescrire...

OPTIONS COMPLEMENTAIRES SPORTMUT FOOT AUVERGNE-RHÔNE-ALPES (limite d'âge d'adhésion : 75 ans)

Souscuse de la protection des licenciés et consciente du devoir d'information que la loi fait peser sur elle, la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Football a souscrit auprès de la Mutuelle des Sportsifs un contrat de prévoyance « SPORTMUT FOOT » qui permet de bénéficier, au-delà du régime de base attaché à la licence, de garanties complémentaires (Invalidité Permanente, Décès, Indemnités Journalières)...

Table with 6 columns: Exemples d'options (choisir votre option), Décès, Invalidité, Cotisation annuelle Joueur & Educateur, Cotisation annuelle Arbitre & Dirigeant non pratiquant. Rows include N°1 to N°10 with corresponding costs.

3. - DEFINITIONS

Accident : Toute atteinte corporelle découlant non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et toute mort subite ne résultant pas d'un état pathologique antérieur... Invalidité Permanente Totale ou Partielle : Privation définitive de tout ou partie de ses capacités physiques ou intellectuelles... Incapacité Temporaire Totale de Travail : Impossibilité complète et temporaire d'exercer sa profession ou toute profession en rapport avec ses aptitudes professionnelles et rémunérations antérieures...

4. – GARANTIES : (la M.D.S. arrête ses remboursements à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré)

Table with 2 main sections: INVALIDITE PERMANENTE (3) ACCIDENT DE SPORT (trajet exclusif) and INVALIDITE PERMANENTE (3) ACCIDENT AUTRE QUE DE SPORT. Includes details on capital amounts, percentages, and conditions for various accident types.

Table with 2 main sections: CAPITAL SANTE (1525 € par accident) and details on prestations de base définies ci-dessus, assurance bénéficiaire d'un CAPITAL SANTE disponible en totalité à chaque accident...

Table with 3 columns: Frais de soins de santé (1) Forfait journalier hospitalier, Frais de prothèses dentaires, Appareil et matériels divers (Cannes, béquilles, fauteuils roulants...), Frais de premier transport, Appareil et matériels divers (Cannes, béquilles, fauteuils roulants...), Prothèses auditives.

(1) Les assurés ne bénéficient pas d'un régime de Sécurité Sociale venant leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier... (2) En l'absence de stipulation expresse contraire de l'assurance, le capital décès est versé au conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales aux enfants nés ou à naître...

5. – EXCLUSIONS : La pratique professionnelle de toutes activités sportives... Les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès... Les suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide... Les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active...

6. – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS - FORMALITES A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT : Règlement des frais de soins divers : L'appartenance à l'assuré d'adresser à la M.D.S. ses bordereaux de remboursement du régime obligatoire et le cas échéant de tout régime complémentaire... Formalités en cas d'invalidité : Dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans un délai de 90 jours, un certificat médical doit être transmis directement au médecin-conseil de la M.D.S. et doit préciser : le taux d'invalidité probable et la date de consolidation... Formalités en cas de décès de l'assuré : Les pièces suivantes doivent être adressées à la M.D.S. : un acte de décès de l'assuré, un certificat médical indiquant la cause du décès, une copie du rapport de police ou du gendarmier, le cas échéant, une copie du livret de famille ou un extrait de acte de naissance...

RECLAMATIONS : En cas de réclamation, l'assuré peut s'adresser au Service Reclamations : ☎ 01.53.04.86.30 - 📠 01.53.04.86.10 - 📧 Reclamations@gymfms.com - 📍 Groupe MDS - Service Reclamations - 2/4 rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16

3/ ASSISTANCE RAPATRIEMENT (Accord collectif 980A20 - garanties souscrites auprès de MUTUAIDE)

Les prestations garanties en cas d'accident ou de maladie graves sont notamment : Le rapatriement ou le transport sanitaire... La visite d'un membre de la famille en cas de hospitalisation supérieure à 10 jours à l'étranger... Organisation et prise en charge du retour prématériel de l'assuré en déplacement à l'étranger dans le cadre des activités garanties en cas de décès en France du conjoint (ou concubin), d'un ascendant au premier degré ou descendant au premier degré... En cas d'accident : Téléphone 01.45.16.65.70 / Fax 01.45.16.63.92 Attention : aucune prestation d'assistance ne pourra être prise en charge sans l'accord préalable de MUTUAIDE

✂ Découper suivant le pointillé :

DEMANDE D'ADHESION SPORTMUT FOOT AUVERGNE-RHÔNE-ALPES à retourner à la MDS, 2/4 rue Louis David 75782 PARIS Cedex 16, accompagnée du règlement. Assuré : M. ☐ Mme. ☐ Mile. ☐ (l'adhérent est toujours l'assuré)

Nom : _____ Nom de Jeune Femme : _____ Prénoms : _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____ Date de naissance : _____ Profession (nature exacte) : _____ Club d'appartenance : _____ N° d'affiliation du club à la Ligue : _____ Je déclare être licencié en tant que : ☐ Joueur ☐ Educateur (Technique Régionale, Technique Nationale, Educateur Fédéral &animateur) ☐ Arbitre ☐ Dirigeant non pratiquant OPTION CHOISIE : N° _____

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 concubin union ou mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes, ☐ Autres dispositions : _____

Ce formulaire ne 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 les renseignements contenus dans ce formulaire peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et que je possède un droit d'accès et de rectification (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux fichiers et aux libertés). Ce droit peut être exercé à l'adresse de la M.D.S. Fait à _____ le _____ Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, 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.