



ANIMATEUR / EDUCATEUR FEDERAL
TECHNIQUE REGIONAL / TECHNIQUE NATIONAL

DEMANDE DE LICENCE DE FOOTBALL - SAISON 2016-2017



A remplir intégralement

En cas de première demande, fournir une photo d'identité

Nom du club : N° d'affiliation du club :

IDENTITE

NOM : Sexe : M / F
 PRENOM : Nationalité : FR / UE / ETR
 Né(e) le : / / Ville de naissance :
 Adresse :
 CP : Ville :
 Pays de résidence :
 Téléphones : fixe mobile

Email (1) :
 (1) Le demandeur doit fournir une adresse électronique à laquelle lui sera envoyé un code d'activation de son espace personnel sécurisé sur le site de la FFF afin de prendre connaissance de ses sanctions disciplinaires. A défaut, ce code lui sera communiqué sur le volet détachable de sa licence FFF, qu'il doit se faire remettre par son club.

Si un CONTRAT DE TRAVAIL est conclu

Les Educateurs Fédéraux ne sont pas concernés

- A durée indéterminée (CDI) prenant effet le : / /
 A durée déterminée (CDD) du / /
 Contrat aidé (durée limitée) au / /

Salaires mensuel brut : € pour H / semaine
 Pour les CDD, le temps de travail par semaine et le salaire doivent respecter les dispositions du Statut des Educateurs et Entraîneurs du Football Fédéral.

Attention : l'enregistrement de ce formulaire vaut accord pour l'enregistrement du contrat et la délivrance de la licence (soumise au respect de la procédure prévue à l'article 17 du Statut des Educateurs et Entraîneurs du Football Fédéral).

Si demande en tant que BENEVOLE

Cocher cette case

Le demandeur est susceptible de recevoir par courrier des offres commerciales de la FFF et de ses partenaires. Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case

Les coordonnées du demandeur 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

CATEGORIE

Demande une licence de type (cocher une seule case) :

Animateur Educateur Fédéral Technique Régional Technique National

FONCTION

Entraîneur principal Entraîneur adjoint Préparateur physique

Entraîneur des gardiens Autre préciser :

Rattaché à l'équipe (préciser le niveau et la catégorie) :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr (1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,

ne présente aucune contre-indication apparente

- à la pratique et l'encadrement du football
- à l'arbitrage occasionnel.

Date de l'examen : / / (1)

Bénéficiaire (nom, prénom) (1)

Signature et cachet (1)(2)

(1) Obligatoire. (2) Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée).

ASSURANCES

Je soussigné(e) (nom, prénom)

reconnais avoir pris connaissance, dans le document 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) :

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 Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

Le demandeur accepte expressément que les sanctions disciplinaires lui soient notifiées sur son espace personnel (Mon Compte FFF).

Le demandeur et le représentant habilité du club certifient que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Demandeur

Signature

Représentant du club Le / /

Signature et nom



NOTICE D'ASSURANCE LIGUE RHÔNE-ALPES (saison sportive 2016 / 2017) (document non contractuel)

Pour tous renseignements et déclarations d'accident, contactez : LIGUE RHÔNE-ALPES DE FOOTBALL - 237, rue Léon Blum - 69628 VILLEURBANNE Cedex



3. - DEFINITIONS

Accident : Toute atteinte corporelle décelable 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.

ASSURES : Les licenciés à titre amateur de la Ligue, pratiquant les activités définies ci-dessous, résidant en France dans les Principautés d'Andorre ou de Monaco.

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, ...

TERRITORIALITE : Les garanties s'exercent pour les dommages survenus en France, y compris les DOM-TOM et les Principautés d'Andorre et de Monaco.

Cotisation assurance : 3,48 € TTC par licencié (dont 2,57 € TTC au titre des garanties Individuelle Accident)

Table with 1 column: 1 RESPONSABILITE CIVILE (extrait du contrat n° 54132968)

Contrat souscrit par la MDS pour le compte de la Ligue Rhône Alpes auprès de ALLIANZ I.A.R.D. (1 cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense Cedex - Entreprise régie par le Code des assurances - SA au capital de 991 967 200 Euros...

1. - DEFINITIONS :

• Dommages corporels : toute atteinte corporelle, physique, mentale ou morale subie par une personne physique. • Dommages matériels : toute décoloration, dégradation ou destruction, totale ou partielle, disparition d'une chose ou substitution, toute atteinte physique à des animaux.

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, sabotage ainsi que des accidents dus à des grèves ou lock out de la personne morale assurée.

3. - MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES : Les garanties sont accordées dans la limite des sommes stipulées au « tableau des limites de garanties et de franchise » ci-dessous.

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.

Table with 1 column: 2 INDIVIDUELLE ACCIDENT (extrait de l'Accord collectif n° 980A20)

Accord collectif n° 980A20 souscrit auprès de la Mutuelle des Sports (MDS) (24 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.

1. - DECLARATION D'ACCIDENT - Obligations de l'assuré

Sur cas de force majeure, tout accident doit être déclaré dans les 5 jours, soit en ligne sur le site Internet de la Ligue Rhône-Alpes www.rhone-alpes.ff.fr, soit à l'aide d'un formulaire téléchargeable sur ce même site et adressé à LIGUE RHONE-ALPES DE FOOTBALL Service des Assurances - 237 rue Léon Blum - 69628 VILLEURBANNE Cedex.

2. - PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de la présente convention sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court : 1°) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assuré en a eu connaissance ; 2°) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusqu'à...

OPTIONS COMPLEMENTAIRES SPORTMUT FOOT RHONE 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 Rhône Alpes de Football a souscrit auprès de la Mutuelle des Sports 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 5 columns: Exemples d'options (choisir votre option), Décès, Invalidité, U (à compter du 4ème jour pendant au plus 1095 jours), Cotisation annuelle Joueurs, Educateur Fédéral, Moniteur & Entraîneur, Cotisation annuelle Arbitres, Dirigeants non pratiquants.

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 columns: INVALIDITE PERMANENTE (3) ACCIDENT DE SPORT (trajet exclu), INVALIDITE PERMANENTE (3) ACCIDENT AUTRE QUE DE SPORT, DECES (2). Rows include 1 000 000 €, 92 000 €, and 19 820 €, 22 865 €, 15% par enfant.

Table with 4 columns: Frais de soins de santé (1) Forfait journalier hospitalier, Frais de prothèses dentaires, Frais de prothèses auditives, Appareil et matériels divers (canes, béquilles, fauteuils roulants, ...).

CAPITAL SANTE 1 525 € par accident

Au-delà des prestations de base définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un CAPITAL SANTE disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.

Table with 3 columns: Frais de premier transport, Frais de transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits, Frais de reconversion professionnelle, Frais de remise à niveau scolaire.

- (1) Les assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier. (2) En l'absence de stipulation expresse contraire, 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, à défaut au concubin noir ou au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut aux héritiers légaux, à défaut au Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes.

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.

6. - REGLEMENT DES PRESTATIONS - FORMALITES A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

Règlement des frais de soins divers : Il appartient 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.

RECLAMATIONS : En cas de réclamation, l'assuré peut s'adresser aux Services Reclamations : 01.53.04.86.30 - 01.53.04.86.10 - Reclamations@grpmdds - 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 et le transport sanitaire. La visite d'un membre de la famille en cas d'hospitalisation supérieure à 10 jours à l'étranger. La prise en charge des frais médicaux, en complément des versements effectués par les organismes de protection sociale, à concurrence de 5 335,72 €, déduction faite d'une franchise de 15,24 Euros par dossier.

DEMANDE D'ADHESION SPORTMUT FOOT RHONE ALPES à retourner à la MDS, 2/4 rue Louis David 75782 PARIS Cedex 16, accompagnée du règlement.

Assuré : M. Mme. Mlle. Nom de Jeune File : _____ Prénoms : _____ Adresse : _____ Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____ Date de naissance : _____ Profession (nature exacte) : _____ Club d'appartenance : _____ affiliation du club à la Ligue : _____ Je déclare être licencié en tant que : Joueur Educateur Fédéral Moniteur Entraîneur 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 noir 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 : _____ 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 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 »)