



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.

CATEGORIE

Demande une licence de type (cocher une seule case) :
 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 POUR L'ARBITRAGE OCCASIONNEL

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

- ne présente aucune contre-indication 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).

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 / /

Salaire 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

ASSURANCES

Je soussigné(e) (nom, prénom) reconnais avoir pris connaissance, dans le document joint à 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 Représentant du club Le / /
 Signature Signature et nom

LIGUE DE FOOTBALL FRANCHE-COMTE



Contrat N° 119 114 996 (Police de base)
Contrat N° 119 114 997 (Police complémentaire)

LIGUE FRANCHE-COMTÉ FOOTBALL

Cotisation – Saison 2014/2015

Tarif des garanties complémentaires

Les montants des cotisations s'entendent « par saison »

Pour les membres licenciés en complément des garanties déjà souscrites par la Ligue de Football

« Capitaux complémentaires »

à ceux du contrat de base

| | Option 1 Décès 4 500 € Invalidité 9 000 € | Option 2 Décès 7 500 € Invalidité 15 000 € | Option 3 Décès 12 000 € Invalidité 24 000 € |
|--|--|---|--|
| Montant des Cotisations en fonction de l'option choisie | | | |
| Toutes catégories de « U7 à U19 », Séniors, Séniors Vétérans, Moniteurs, Entraîneurs, Hommes et Femmes | 4 € | 6.50 € | 10 € |
| Dirigeants Arbitres Educateurs Fédéraux | 2 € | 3,50 € | 5 € |

« Indemnités Journalières » - Perte de Revenus

(Cumul des montants ci-dessous non possible)

⇒ **Personnes sans activité (Chômeurs, Retraités, Apprentis, ...)**

| | | | | |
|------------|---------------------------|--|----------------------------|---------------------------------|
| U18, U19 | Séniors, Séniors Vétérans | Moniteurs, Entraîneurs, Hommes et Femmes | Pour percevoir 10 € / jour | Vous devez régler 32 € / saison |
| Dirigeants | Arbitres | Educateurs Fédéraux | Pour percevoir 10 € / jour | Vous devez régler 12 € / saison |

⇒ **Personnes avec activité exclusivement**

| | | | | |
|------------|---------------------------|--|--|--|
| U18, U19 | Séniors, Séniors Vétérans | Moniteurs, Entraîneurs, Hommes et Femmes | Pour percevoir 10 € / jour Pour percevoir 25 €* / jour Pour percevoir 30 €* / jour | Vous devez régler 32 € / saison Vous devez régler 90 € / saison Vous devez régler 110 € / saison |
| Dirigeants | Arbitres | Educateurs Fédéraux | Pour percevoir 10 € / jour Pour percevoir 25 €* / jour Pour percevoir 30 €* / jour | Vous devez régler 12 € / saison Vous devez régler 32 € / saison Vous devez régler 40 € / saison |

* Dans la limite de la perte de salaire subie, conformément au contrat.

Franchise de 3 jours (payable à partir du 4^{ème} jour) sauf hospitalisation (payable dès le 1^{er} jour)

Bulletin de souscription au verso →

BULLETIN DE SOUSCRIPTION

LIGUE DE FOOTBALL FRANCHE-COMTE – Contrat N° 119 114 997

| | |
|--|---|
| N° D’AFFILIATION DU CLUB A LA FFF : NOM DU CLUB : | ADRESSE DU CLUB : CODE POSTAL et VILLE : |
|--|---|

| Nom | Prénom | Date de naissance | Catégorie Licence | CAPITAUX COMPLEMENTAIRES | | INDEMNITE JOURNALIERE | | COTISATION TOTALE |
|--|--------|-------------------|-------------------|----------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------|-------------------|
| | | | | Option Choisie (1 / 2 / 3) | Cotisation à Régler | Montant I.J. (10 / 25 / 30 €) | Cotisation à Régler | |
| | | | | | | | | |
| MONTANT DE VOTRE REGLEMENT A REGLER PAR CHEQUE A L’ORDRE DE « COVEA RISKS » → | | | | | | | | |

Bulletin à retourner au Cabinet AXIOME ASSURANCES (Service « Sports » – 30 Rue Victor HUGO 92532 LEVALLOIS-PERRET Cedex), accompagné du règlement à l’ordre de « COVEA RISKS ».

La garantie prend son effet au jour de la réception du bulletin au Cabinet AXIOME ASSURANCES et se termine le 30 juin de la saison en cours

Fait à , le Signature