

Saison 2011-2012 - Création d'une licence compétition / loisir / cadre

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"/> Amputation supérieure <input type="checkbox"/> Tétraplégie <input type="checkbox"/> Infirmes Moteur Cérébral <input type="checkbox"/> Nanisme <input type="checkbox"/> Amputation inférieure <input type="checkbox"/> Poliomyélite <input type="checkbox"/> Handicap neurologique <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Amputation inf. et sup. <input type="checkbox"/> Déficience visuelle <input type="checkbox"/> Handicap orthopédique <input type="checkbox"/> Paraplégie <input type="checkbox"/> Déficience auditive <input type="checkbox"/> Myopathie <input type="checkbox"/> Valide

La licence			
Type de licence	<input type="checkbox"/> compétition +20 ans 57,10 €	Sport pratiqué : _____ _____	Pratique du sport <input type="checkbox"/> debout ou <input type="checkbox"/> fauteuil manuel ou <input type="checkbox"/> fauteuil électrique
	<input type="checkbox"/> compétition - 20 ans 23,50 €		
	<input type="checkbox"/> cadre & bénévole 23,50 €	<input type="checkbox"/> cadre non pratiquant <input type="checkbox"/> cadre pratiquant Fonction : _____ Sport : _____	
	<input type="checkbox"/> loisir 23,50 €	Sport(s) pratiqué(s) : 1er (principal) : _____ 2e (secondaire) : _____	

Le certificat médical	
OBLIGATOIRE (sauf pour les cadres non pratiquant)	
Date du certificat médical de non contre-indication datant de moins d'un an :	_____
Déficients visuels : date du certificat de non contre indication ophtalmologique :	_____
<p>➔ 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) elle est sollicitée.</p>	
Signature du licencié ou du représentant légal (pour les mineurs) :	

Assurance

- A lire, remplir et signer -

Je soussigné, _____ 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 :