

# Saison 2011-2012

## Création de licences établissement

Nom de l'association et/ou de l'établissement : \_\_\_\_\_

### 1<sup>er</sup> licencié "établissement"

Mme  Melle  Mr    Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nationalité :  Française  Etrangère : \_\_\_\_\_    Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 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"/> Déficient visuel  | <input type="checkbox"/> Handicap orthopédique    |  |
| <input type="checkbox"/> Paraplégie              | <input type="checkbox"/> Déficient auditif | <input type="checkbox"/> Myopathie                | <input type="checkbox"/> Valide                |

Sports pratiqués :    1° (principal) : \_\_\_\_\_    2° (secondaire) : \_\_\_\_\_

Date du certificat médical de non contre-indication datant de moins d'un an : \_\_\_\_\_

### 2<sup>e</sup> licencié "établissement"

Mme  Melle  Mr    Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nationalité :  Française  Etrangère : \_\_\_\_\_    Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 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"/> Déficient visuel  | <input type="checkbox"/> Handicap orthopédique    |  |
| <input type="checkbox"/> Paraplégie              | <input type="checkbox"/> Déficient auditif | <input type="checkbox"/> Myopathie                | <input type="checkbox"/> Valide                |

Sports pratiqués :    1° (principal) : \_\_\_\_\_    2° (secondaire) : \_\_\_\_\_

Date du certificat médical de non contre-indication datant de moins d'un an : \_\_\_\_\_

### 3<sup>e</sup> licencié "établissement"

Mme  Melle  Mr    Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_  
 Nationalité :  Française  Etrangère : \_\_\_\_\_    Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 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"/> Déficient visuel  | <input type="checkbox"/> Handicap orthopédique    |  |
| <input type="checkbox"/> Paraplégie              | <input type="checkbox"/> Déficient auditif | <input type="checkbox"/> Myopathie                | <input type="checkbox"/> Valide                |

Sports pratiqués :    1° (principal) : \_\_\_\_\_    2° (secondaire) : \_\_\_\_\_

Date du certificat médical de non contre-indication datant de moins d'un an : \_\_\_\_\_

Nom du responsable des licences :

Date :

Signature :

# Assurance

- A lire, remplir et signer -

1<sup>er</sup> licencié « établissement »

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 :

2<sup>ème</sup> licencié « établissement »

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 :

3<sup>ème</sup> licencié « établissement »

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 :