Saison 2019/2020 - Création de licence

Nom de l'association : .....

Le licencié

Nom & coordonnées

☐ Mme ☐ Mlle ☐ Mr Nom :

Prénom :

Date de naissance : Nationalité : ☐ Française ☐ Etrangère : .....

Adresse :

CP : Ville :

Tél. : E-mail ..... @ .....
(Obligatoire)

Handicap

☐ **Handicaps neurologiques évolutifs :**
- ☐ maladies génétiques dégénératives
- ☐ sclérose en plaque (SEP)

☐ **Handicaps neuro d'origine périphérique :**
- ☐ Poliomyélite
- ☐ atteinte des nerfs
- ☐ maladies neuro-musculaires (polynévrites, polyradiculonévrites, …)

☐ **Lésions cérébrales :**
- ☐ paralysie cérébrale (IMC)
- ☐ dues à un AVC
- ☐ dues à un traumatisme cranien
- ☐ autres causes (anexie, infection, tumeur, autre)

☐ **Handicaps visuels :**
- ☐ malvoyant
- ☐ non-voyant

☐ **Handicaps orthopédiques :**
- ☐ amputation ou agénésie membre(s) inférieur(s)
- ☐ amputation ou agénésie membre(s) supérieur(s)
- ☐ Raideur articulaire/malformation
- ☐ Fragilités osseuses
- ☐ Personne de petite taille

☐ **Paraplégie**

☐ **Tétraplégie**

☐ **Spina bifida**

☐ **Handicaps auditifs**
- ☐ malentendant
- ☐ sourd (pas d'audition sans appareillage)

☐ **Autres :**
- ☐ obésité
- ☐ personnes agées
- ☐ troubles cardio-vasculaires
- ☐ troubles respiratoires
- ☐ maladies chroniques (diabète, leucémie, mucoviscidose,….)
- ☐ troubles des apprentissages moteurs (dyspraxie, …)
- ☐ handicap mental
- ☐ autres

☐ **VALIDE**

☐ **A besoin d'une tierce personne dans les gestes de la vie quotidienne (habillage, toilette, etc…) ?**

La licence

Type de licence

☐ compét. + 20 ans	66 €	sport pratiqué (obligatoire) :	
☐ compét. - 20 ans	29 €		
☐ cadre & bénévole	29 €	☐ pratiquant ☐ non pratiquant	Fonction : ..... Sport : .....
☐ loisir	29 €	sport(s) pratiqué(s) :	1er (obligatoire) : ..... 2e (facultatif) : .....
☐ établissement	de 17 à 8 €		

Le certificat médical (obligatoire sauf pour les cadres non pratiquants)

Certificat médical de non contre-indication datant de moins d'un an ⇨ Date : Nom du médecin : .....

+ pour les compétiteurs déficients visuels : date du certificat de non contre-indication ophtalmologique ⇨ Date : Nom du médecin : .....

➔ **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) la licence est sollicitée.**

Signature du licencié (ou du représentant légal pour les mineurs) :

Assurance

- A lire, remplir et signer -

Nom du licencié : _

Je soussigné(e), _ 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 :