



# Dossier d'inscription

Saison 2024 – 2025

## Black lions de lunel – football américain

### DOCUMENT A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- **Fiche individuelle d'adhésion** remplie et signée avec photo d'identité
- **Formulaire Fédéral** avec **Certificat médical** joint ou **Questionnaire santé sport** pour le renouvellement de moins de 3 ans
- Attestation médicale complémentaire de Kiné
- Photocopie de la **Carte d'identité** ou **du passeport**
- Formulaire **SPORTMUT** rempli et signé (même en cas de non-souscription)
- **Autorisation parentale** rempli et signé pour les athlètes mineurs

### TARIFS

A noter : le prix des licences comprend la cotisation, l'accès à la salle de sport et la dotation d'une tenue d'entraînement neuve

#### FOOTBALL AMERICAIN

**Sénior** (à partir de 2004) : 250 €

**U20** (2007 à 2005) : 250 €

**U17** (2010 à 2008) 200 €

**U14** (2012 à 2011) 180 €

**Féminine** à partir de 2006 : 250 €

#### FLAG

**Sénior** (à partir de 2008) : 150 €

**Section jeune** : 100 €

#### Location du matériel (Gratuit la 1<sup>ère</sup> année)

- Casque 50€
- Epaulière 50€

### AVANTAGES ET MOYENS DE PAIEMENT

- Accès à la salle de sport du Club
- Séance de kiné (sous réserve de certificat)
- Séance de massage relaxant
- Coaching Sportif

- **Chèque** (Paiement 3 fois possible)
- **Espèces**
- **Carte Bleu**
- **Virement bancaire**



Le Club des **Black Lions** est avant tout, une association.

Ce document est une obligation, celui de faire partis du clan !

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### COORDONNÉES DU LICENCIÉ

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

..... Code Postale : ..... Ville : .....

Tel : ..... Email : .....@.....

### AUTORISATION PARENTALE pour mineur :

Je soussigné(e) Madame\*, Monsieur\*, autre qualité\* ..... détenteur de l'autorité parentale, autorise mon enfant ..... né(e) le ..... demeurant ..... à pratiquer le Football Américain au sein du club des Blacks Lions.

\*Rayer la mention inutile

Fait à.....Le.....

Signature du/des parents ou de l'autorité qualifiée :

### PERSONNE(S) A CONTACTER EN CAS D'ACCIDENT

Nom : ..... Prénom : ..... Tel : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Tel : .....

**Médecin traitant** : Nom : ..... Tel : .....

**Allergies ou contre-indications connues** : .....

.....

### INFORMATION PROFESSIONNELLES

Société : ..... Secteur d'activité : .....

Adresse Société : .....

Code postale : ..... Ville : .....

Mail : .....@..... Tel : .....

Affichage Possible

Sponsoring Possible



## **AUTORISATION EXPRESSE RELATIVE AU DROIT A L'IMAGE**

Je soussigné (e)....., autorise à titre gracieux l'association sportive « Les Blacks Lions » de Lunel 34400, à fixer et à reproduire mon image ainsi qu'à la modifier et à l'utiliser dans le cadre de la création, et de l'exploitation de sites Internet et/ou de tout autre document publicitaire, promotionnel et d'information.

La présente autorisation est consentie pour tous supports connus ou à connaître, pour le monde entier et pour toute la durée de l'exploitation dudit (desdits) site(s) Internet et/ou de tout autre document publicitaire, promotionnel et d'information.

Je suis expressément informé(e) et autorise que la (les) présente(s) photographie(s) soient exploitée(s) à des fins publicitaires, ou encore exposée(s) ou éditée(s) dans le circuit commercial, ou non commercial.

La présente autorisation pourra être rétrocédée à la société éditrice du (des) sites Internet et ou de tout autre document publicitaire, promotionnel et d'information.

Fait à ..... Le .....

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »



# Charte licencié(e)

Toute violation du présent règlement peut entraîner à l'issue d'un conseil de discipline l'exclusion du joueur concerné, en cas de récidive, l'exclusion peut être définitive.

**Article 1 :** L'usage de tous produits faisant partie de la liste ministérielle des produits dopants est strictement INTERDIT.

**Article 2 :** Les entraînements et les matchs sont obligatoires. Toute absence ou retard à un entraînement ou un match doit être signalé à l'entraîneur.

**Article 3 :** Tous les documents remis au joueur (cahier de jeu, plan d'installation...) sont personnels et confidentiels et doivent être respectés.

**Article 4 :** Tous les membres du staff incluant les kinés, médecins, bénévoles, entraîneurs et dirigeants doivent être traités avec respect et considération.

**Article 5 :** En tant que membre des "Black Lions" et représentant du club, vous devez adopter un comportement exemplaire sûr et en dehors des terrains. Tout écart de conduite ou de langage sera sanctionné.

**Article 6 :** Il est strictement interdit de dévoiler des informations sur le club, émettre des avis déplacés, négatifs ou polémiques sur les réseaux sociaux et sur internet en général.

**Article 7 :** Chaque licencié s'engage à assurer deux prestations extra-sportives au cours de l'année (chaîne, ramasseur de balles, manifestation...).

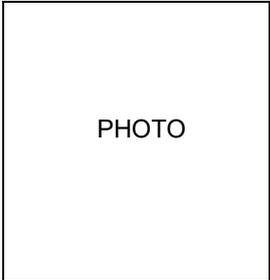
Signature du joueur :

Précédée de la mention "lu et approuvé"



# DEMANDE DE LICENCE FFFA

## SAISON 2024/2025



Club :

### INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent) :

Prénom :

Sexe : M  F

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Date de naissance :

Commune de naissance :

Département :

Pays de naissance :

Nationalité :

### LICENCE

|  |                          |               |                      |                          |               |                            |                          |               |  |  |  |
|--|--------------------------|---------------|----------------------|--------------------------|---------------|----------------------------|--------------------------|---------------|--|--|--|
| A remplir en cas de renouvellement     |                          |               |                      |                          |               |                            |                          |               | Signature du demandeur (ou de son représentant légal s'il est mineur)  |  |  |
| Numéro de licence :                    |                          |               |                      |                          |               |                            |                          |               |  |  |  |
| <b>CHOIX DE LA LICENCE</b>             |                          |               |                      |                          |               |                            |                          |               |  |  |  |
| FOOTBALL AMERICAIN                     |                          |               | FLAG FOOTBALL        |                          |               | CHEERLEADING               |                          |               |  |  |  |
| Catégorie                              | Case à cocher            | Tarif fédéral | Catégorie            | Case à cocher            | Tarif fédéral | Catégorie                  | Case à cocher            | Tarif fédéral |  |  |  |
| Loisir U12                             | <input type="checkbox"/> | 14,3          | Loisir U7            | <input type="checkbox"/> | 18,6          | Loisir Tiny                | <input type="checkbox"/> | 14,5          | <p><i>En signant ce document, le demandeur reconnaît avoir été explicitement informé de son devoir de souscrire à une assurance avant de pratiquer la discipline choisie. De plus, il reconnaît avoir reçu une notice établie par un assureur lui précisant l'intérêt à souscrire une assurance de personne couvrant les dommages corporels, ainsi qu'un formulaire de souscription lui offrant plusieurs formules de garanties dont les modalités sont également indiquées. Si le licencié ne souhaite pas souscrire à l'assurance proposée par la Fédération, il doit cocher la case suivante et faire parvenir à son club et à la Fédération, une attestation d'individuelle accident couvrant sa pratique sportive.</i></p> <input type="checkbox"/> |  |  |
| Compétition U12                        | <input type="checkbox"/> | 24,2          | Loisir U9            | <input type="checkbox"/> | 18,6          | Loisir Minime              | <input type="checkbox"/> | 14,5          |  |  |  |
| Loisir U14                             | <input type="checkbox"/> | 14,3          | Compétition U9       | <input type="checkbox"/> | 18,6          | Compétition Minime         | <input type="checkbox"/> | 19,9          |  |  |  |
| Compétition U14                        | <input type="checkbox"/> | 24,2          | Loisir U11           | <input type="checkbox"/> | 18,6          | Minime surclassé Cadet     | <input type="checkbox"/> | 19,9          |  |  |  |
| U14 surclassé U17                      | <input type="checkbox"/> | 60,2          | Compétition U11      | <input type="checkbox"/> | 18,6          | Loisir Cadet               | <input type="checkbox"/> | 19,8          |  |  |  |
| Loisir U17                             | <input type="checkbox"/> | 14,3          | Loisir U13           | <input type="checkbox"/> | 18,6          | Compétition Cadet          | <input type="checkbox"/> | 19,9          |  |  |  |
| Compétition U17                        | <input type="checkbox"/> | 60,2          | Compétition U13      | <input type="checkbox"/> | 18,6          | Cadet surclassé Junior     | <input type="checkbox"/> | 19,9          |  |  |  |
| U17 surclassé U20                      | <input type="checkbox"/> | 60,9          | Loisir U15           | <input type="checkbox"/> | 18,6          | Loisir Junior              | <input type="checkbox"/> | 19,8          |  |  |  |
| Loisir U20                             | <input type="checkbox"/> | 35,1          | Compétition U15      | <input type="checkbox"/> | 18,8          | Compétition Junior         | <input type="checkbox"/> | 19,9          |  |  |  |
| Compétition U20                        | <input type="checkbox"/> | 60,9          | U15 surclassé U17    | <input type="checkbox"/> | 34,5          | Junior surclassé en Senior | <input type="checkbox"/> | 33,1          |  |  |  |
| U20 surclassé Senior                   | <input type="checkbox"/> | 67,6          | Loisir U17           | <input type="checkbox"/> | 18,6          | Loisir senior              | <input type="checkbox"/> | 19,8          |  |  |  |
| Loisir Senior                          | <input type="checkbox"/> | 35,1          | Compétition U17      | <input type="checkbox"/> | 34,5          | Compétition senior         | <input type="checkbox"/> | 33,1          |  |  |  |
| Compétition Senior                     | <input type="checkbox"/> | 67,6          | U17 surclassé Senior | <input type="checkbox"/> | 34,5          | Entraîneur                 | <input type="checkbox"/> | 20,5          |  |  |  |
| Issu d'un championnat majeur           | <input type="checkbox"/> | 407,1         | Loisir Senior        | <input type="checkbox"/> | 18,6          | Dirigeant                  | <input type="checkbox"/> | 20,5          |  |  |  |
| Entraîneur                             | <input type="checkbox"/> | 20,5          | Compétition Senior   | <input type="checkbox"/> | 34,5          | Juge                       | <input type="checkbox"/> | 31,1          |  |  |  |
| Dirigeant                              | <input type="checkbox"/> | 20,5          | Entraîneur           | <input type="checkbox"/> | 20,5          | Bénévole                   | <input type="checkbox"/> | 6,9           |  |  |  |
| Arbitre                                | <input type="checkbox"/> | 31,1          | Dirigeant            | <input type="checkbox"/> | 20,5          |                            |                          |               |  |  |  |
| Bénévole                               | <input type="checkbox"/> | 6,9           | Arbitre              | <input type="checkbox"/> | 31,1          |                            |                          |               |  |  |  |
|  |                          |               | Bénévole             | <input type="checkbox"/> | 6,9           |                            |                          |               |  |  |  |
| Total FA :                             | €                        |               | Total Flag :         | €                        |               | Total Cheer :              | €                        |               |  |  |  |
| <b>TOTAL REVERSE A LA FEDERATION :</b> |                          |               |                      |                          |               |                            |                          |               | <b>Le : / /</b>  |  |  |

### CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE EN COMPETITION OU EN LOISIR

**MAJEUR : à ne fournir qu'en cas de première licence, ou si le majeur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire de santé sport, ou si le dernier certificat médical pour la pratique de la discipline concernée date de plus de 3 ans.**  
**MINEUR : à ne fournir que si le mineur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive.**

Je soussigné(e), Docteur

certifie avoir examiné le demandeur de la présente licence, et n'ayant pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du : **FOOTBALL AMERICAIN**  en tant que : **Joueur** :

Arbitre :

**FLAG**

en tant que : **Joueur** :

Arbitre :

**CHEERLEADING**

en tant que : **Joueur** :

Joueur :

Signature et cachet du médecin :

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

### DEMANDE DE SURCLASSEMENT DU MEDECIN DU SPORT

Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médico-sportive), un médecin diplômé peut l'autoriser à pratiquer la discipline en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure, en respect du règlement médical de la FFFA.

Le médecin généraliste pour les simples surclassements ou le diplômé de traumatologie du sport, titulaire de la capacité de médecine du sport ou titulaire du Certificat d'Enseignement Spécialisé pour les doubles surclassements, certifié après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur, que le demandeur de la présente licence est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure de la discipline en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel.

Signature et cachet du médecin :

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Les signataires de la présente demande de licence certifient l'exactitude de tous les renseignements portés. Ils s'engagent, en outre, à respecter les Statuts et Règlements de la FFFA, la réglementation applicable au dopage et à subir en conséquence tous les examens et prélèvements. La communication de ces informations est le préalable obligatoire à l'obtention d'une licence fédérale. Le défaut total ou partiel, de réponse, entraînera l'annulation de la demande. Conformément à la loi "Informatique et Liberté" No 79-17, du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la FFFA "administratif@fffa.org".

Je souhaite recevoir la newsletter FFFA pour être au courant de toute l'actualité fédérale  
J'accepte de recevoir des offres commerciales pour des produits ou services liés à ma pratique sportive, de la part de la FFFA ou de ses partenaires  
J'autorise la FFFA à utiliser mon image, uniquement dans le cadre de ses activités et sans but lucratif

OUI  NON   
OUI  NON   
OUI  NON

## QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

*Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.*

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Tu es : une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>  | Ton âge :                |                          |
| <b>Depuis l'année dernière</b>   | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu été opéré (e) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>  | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
| Te sens-tu très fatigué (e) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu triste ou inquiet ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleures-tu plus souvent ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Aujourd'hui</b>   | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Questions à faire remplir par tes parents</b>   | <b>OUI</b>               | <b>NON</b>               |
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.*

### Fédération Française de Football Américain

2 rue du Centre - Immeuble ATRIA - 93160 NOISY LE GRAND - Tél : 01 43 11 14 70 - Fax : 01 43 11 14 71

[www.ffa.org](http://www.ffa.org) - [viesportive@ffa.org](mailto:viesportive@ffa.org)

Fédération affiliée au CNOSF - Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 - SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z

## QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR EN VUE DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE

*Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.*

| Répondez aux questions suivantes paí OUI ou paí NON*  | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>  |     |     |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?  |     |     |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?   |     |     |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?  |     |     |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?   |     |     |
| 5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?   |     |     |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?   |     |     |
| <b>A ce jour</b>  |     |     |
| 7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc) survenu durant les 12 derniers mois ? |     |     |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?   |     |     |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?   |     |     |

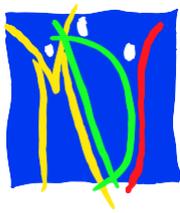
***Si vous avez répondu NON à toutes les questions :***

*Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.*

***Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :***

*Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.*

*\*Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié*



## DEMANDE D'ADHESION

*(l'adhérent est toujours le licencié)*

M.  Mme  Melle  Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de Jeune Fille : ..... Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Profession (nature exacte) : .....  
 Téléphones : fixe ..... mobile .....  
 Email : .....  
 Association sportive par laquelle ou au titre de laquelle le régime de base a été souscrit : .....

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat "SPORTMUT" ayant pour objet de proposer des garanties complémentaires en sus du régime de prévoyance de base souscrit, pour le compte de ses licenciés, par la Fédération Française de Football Américain auprès de la M.D.S. en cas de dommage corporel suite à un accident garanti.

J'ai décidé  d'adhérer à SPORTMUT  
 de ne pas y adhérer

Date limite de l'adhésion : 60<sup>ème</sup> anniversaire

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 partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou mon concubin notoire, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.

Autres dispositions : .....

| FORMULE DE GARANTIES CHOISIE                  |                              |                              |                              |                              | COTISATION ANNUELLE € T.T.C.   |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|
| Formule A :                                   | A 1 <input type="checkbox"/> | A 2 <input type="checkbox"/> | A 3 <input type="checkbox"/> | A 4 <input type="checkbox"/> | (correspondant au choix retenu)  |
| Formule B :                                   | B 1 <input type="checkbox"/> | B 2 <input type="checkbox"/> | B 3 <input type="checkbox"/> | B 4 <input type="checkbox"/> |  |
| Formule C :                                   | C 1 <input type="checkbox"/> | C 2 <input type="checkbox"/> | C 3 <input type="checkbox"/> | C 4 <input type="checkbox"/> |  |
| Formule D :                                   | D 1 <input type="checkbox"/> | D 2 <input type="checkbox"/> | D 3 <input type="checkbox"/> | D 4 <input type="checkbox"/> |  |
| Formule E :                                   | E 1 <input type="checkbox"/> | E 2 <input type="checkbox"/> | E 3 <input type="checkbox"/> | E 4 <input type="checkbox"/> |  |
| <input type="checkbox"/> Autres choix : _____ |                              |                              |                              |                              | _____ _____ _____ _____ _____ _____ €<br>Sera déterminée après consultation de la M.D.S. |

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 la loi du 6 janvier 1978 « Informatique et Liberté » me donne le droit de demander communication et rectification de toutes informations me concernant qui figureraient sur tout fichier de la Fédération ou de la M.D.S. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la M.D.S. indiquée ci-dessous.

Fait à ..... le .....

Signature de l'adhérent\*

Cachet de la Fédération ou de l'Association Sportive

\* faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé"

# SPORTMUT

Contrat collectif complémentaire de prévoyance  
au bénéfice des licenciés de la Fédération Française de Football Américain

## NOTICE D'INFORMATION

En adhérant à SPORTMUT vous pouvez bénéficier de garanties complémentaires en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique du ou des sports déclarés sur la demande d'adhésion :

### UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :

Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'IPP égale à 100%. Ce capital est réduit lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 100 %.

**Aucun capital n'est versé pour un taux d'IPP inférieur ou égal à 5 %.**

### DES INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE:

Elles vous sont versées mensuellement à terme échu, après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise.

**La période de franchise n'est pas indemnisée.** La durée d'indemnisation est de 365 ou de 1095 jours selon votre choix.

**Quelle que soit la durée d'indemnisation choisie, l'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de votre état de santé.**

Vous ne pouvez choisir un montant de garantie qui vous ferait bénéficier en arrêt de travail de ressources supérieures à celles dont vous disposez en période d'activité.

Un justificatif de revenus est exigé.

UN CAPITAL DECES : qui sera versé au bénéficiaire désigné.

### FORMULES ENFANT :

Seules les formules marquées d'un astérisque (\*) dans le tableau figurant ci-dessous peuvent être souscrites pour les mineurs de moins de 12 ans.

Pour les mineurs de moins de 18 ans, le bulletin devra être revêtu de leur signature et de la signature des parents ou des représentants légaux.

### FORMULE + DE 60 ANS :

Seule la formule marquée de deux astérisques (\*\*) dans le tableau figurant ci-dessous peut être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins de 65 ans.

### MODALITES D'ADHESION

Des formules de garanties pré-tarifées vous sont proposées ci-dessous.

Si l'une de ces formules vous convient, vous pouvez remplir la demande d'adhésion et l'adresser à la M.D.S. accompagnée de votre règlement. A réception, la M.D.S. vous adressera un certificat d'adhésion accompagné des conditions générales du contrat SPORTMUT. Vous disposerez alors d'un délai de 40 jours pendant lequel vous pourrez renoncer à votre adhésion. Passé ce délai votre adhésion deviendra définitive.

| FORMULES | CAPITAL DECES | CAPITAL INVALIDITE<br>(100 % IPP) | INDEMNITES<br>JOURNALIERES | COTISATION<br>GLOBALE(TTC) |   |
|----------|---------------|-----------------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| A 1*     |               | 30 489,80 €                       |                            | 5,00 €                     | Dans toutes ces formules, les indemnités journalières sont versées à compter du 31 <sup>ème</sup> jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4 <sup>ème</sup> jour en cas d'hospitalisation et ce, jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours. |
| A 2**    | 15 244,90 €   | 30 489,80 €                       |                            | 6,30 €                     |   |
| A 3      | 15 244,90 €   |                                   | 7,62 €/Jour                | 21,70 €                    |   |
| A 4      | 15 244,90 €   | 30 489,80 €                       | 7,62 €/Jour                | 26,60 €                    |   |
| B 1*     |               | 60 979,61 €                       |                            | 9,90 €                     |   |
| B 2      | 30 489,80 €   | 60 979,61 €                       |                            | 12,60 €                    |   |
| B 3      | 30 489,80 €   |                                   | 15,24 €/Jour               | 43,30 €                    |   |
| B 4      | 30 489,80 €   | 60 979,61 €                       | 15,24 €/Jour               | 53,10 €                    |   |
| C 1*     |               | 91 469,41 €                       |                            | 14,80 €                    |   |
| C 2      | 45 734,71 €   | 91 469,41 €                       |                            | 18,90 €                    |   |
| C 3      | 45 734,71 €   |                                   | 22,87 €/Jour               | 64,90 €                    |   |
| C 4      | 45 734,71 €   | 91 469,41 €                       | 22,87 €/Jour               | 79,70 €                    |   |
| D 1*     |               | 121 959,21 €                      |                            | 19,70 €                    |   |
| D 2      | 60 979,61 €   | 121 959,21 €                      |                            | 25,20 €                    |   |
| D 3      | 60 979,61 €   |                                   | 30,49 €/Jour               | 86,50 €                    |   |
| D 4      | 60 979,61 €   | 121 959,21 €                      | 30,49 €/Jour               | 106,10 €                   |   |
| E 1*     |               | 152 449,02 €                      |                            | 24,60 €                    |   |
| E 2      | 76 224,51 €   | 152 449,02 €                      |                            | 31,50 €                    |   |
| E 3      | 76 224,51 €   |                                   | 38,11 €/Jour               | 108,10 €                   |   |
| E 4      | 76 224,51 €   | 152 449,02 €                      | 38,11 €/Jour               | 132,70 €                   |   |

Ces cotisations tiennent compte des taxes en vigueur.

MDS JUILLET 2013 / DISQUE O / FEDERATIONS

(\*) Options réservées aux mineurs âgés de moins de 12 ans.

(\*\*) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins de 65 ans.

Les cotisations sont annuelles. Le non renouvellement de la cotisation par l'assuré met fin de plein droit à l'adhésion 40 jours après le terme principal de la dernière échéance.

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité.

# **EXEMPLE DE CERTIFICAT POUR LE KINE DU CLUB**

**Dr XXXX XXXXXXXX**  
Médecine Générale

Adresse  
VILLE  
Tél/Fax : xxxxxxxx

Ville, Le 01/07/2024

**CERTIFICAT POUR XXXXXXXXXX**

Je soussigné, Docteur xxxxxxxx, Docteur en médecine,

Certifie que xxxxxxxxxxxx présente un besoin de rééducation du tronc et des membres inférieurs suite à la pratique du football américain.

Fait à Ville, le 01/07/2024