



USM GERFAUTS

MONTAUBAN

Football Américain & Flag

DOSSIER D'INSCRIPTION 2023-2024

Le dossier doit obligatoirement être rendu complet afin d'être validé.

Tout dossier incomplet ou mal renseigné ne pourra être accepté.

Éléments du dossier d'inscription obligatoires pour tous les licenciés :

- Bulletin d'adhésion
- Fiche sanitaire
- Formulaire Licence FFFA
 - A compléter et signer par le licencié.
 - Pour les +18 certificat médical à faire remplir et tamponner par un médecin.
 - Pour les mineurs l'annexe 6 bis devra être remplie et s'il y a un oui il faudra faire remplir et tamponner le certificat médical par un médecin.
- Autorisation parentale en cas d'accident
- Sportmut remplie et signé (même si vous n'y souscrivez pas).
- Photocopie ou scan de la carte d'identité (passeport ou carte de séjour).
- Une photo d'identité récente (moins de 6 mois).
- Photocopie ou scan de la carte vitale (celle des parents pour les mineurs de moins de 16 ans)
- Photocopie ou scan de la carte mutuelle.

Règlement de la cotisation :

- Chèques (en 3 fois maxi) : Les chèques sont à établir à l'ordre « MFA LES GERFAUTS »
- Espèces
- Virement (possible également en 3 fois, 1^{er} virement à l'inscription puis 2 virements les mois suivants)

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE Ce relevé est destiné à tout organisme souhaitant connaître vos références bancaires pour domicilier des virements ou des prélèvements sur votre compte



CR NORD MIDI PYRENEES
MONTAUBAN VILLEBOURBON
Tel. 0563920915 Fax. 0563926400

26/06/2023
00151

Intitulé du compte

MFA LES GERFAUTS
935 ROUTE DE LA VITARELLE
82000 MONTAUBAN

Domiciliation

Code banque
11206

Code guichet
20150

Numéro de compte
60007862167

Clé RIB
32

IBAN

FR76 1120 6201 5060 0078 6216 732

Code BIC (Bank identification code) - code SWIFT

AGRIFRPP812



BULLETIN D'ADHÉSION



Je soussigné(e),

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ Homme / Femme

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Mail : _____

Désire adhérer à l'association « USM MFA LES GERFAUTS ».

Je m'engage à payer la cotisation annuelle correspondant à ma catégorie (ou celle de mon enfant) et respecter le règlement intérieur.

Je me réserve le droit de demander modification de toutes les informations me (le) concernant dans tout fichier à usage de l'association conformément à la loi informatique et liberté 78-17 du 6 janvier 1978.

J'autorise la prise de vue et la publication de l'image sur laquelle j'apparais (il apparaît) au profit de l'association, sur tout type de support (écrit, électronique, audiovisuel) et sans limitation de durée. Je reconnais également que les utilisations éventuelles ne peuvent porter atteinte à ma (sa) vie privée et, plus généralement, ne sont pas de nature à me (lui) nuire ou à me (lui) causer un quelconque préjudice.

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

Représentant légal (pour les mineurs) :

Nom : _____ Prénom : _____

Autorise, mon fils, ma fille, à pratiquer

le football américain, le flag,

au sein de l'association « USM MFA LES GERFAUTS MONTAUBAN » et à participer aux déplacements organisés dans le cadre des entraînements ou des compétitions (car ou véhicule d'un tiers) pour la saison en cours.

Je prends acte que la responsabilité du club prend fin à la sortie du vestiaire.



DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ POUR LES TRANSPORTS

Prend acte et reconnaît que lors des transports organisés dans le cadre de l'association, les personnes et biens sont placés sous la responsabilité du conducteur. Par conséquent l'association se dégage de toute responsabilité en cas de dommage survenu à l'occasion d'un transport dans le cadre de l'activité de l'association (entraînement, match, animation ou toute autre activité organisée par le club).

Fait à _____ le _____

Signature du joueur

Signature parent ou tuteur

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »

ACCEPTATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné (NOM, Prénom) _____

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur des « USM MFA LES GERFAUTS » consultable dans les locaux du club et m'engage, en adhérant à l'association, à le respecter en toutes ses dispositions

Fait à _____ le _____

Signature du joueur

Signature parent ou tuteur

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »



AUTORISATION DE PUBLICATION D'IMAGES INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES

Je soussigné (NOM, Prénom) _____

Autorise l'association « USM MFA LES GERFAUTS MONTAUBAN » à me photographier et me filmer dans le cadre des différents évènements que l'association organise.

J'accepte l'utilisation et l'exploitation non commerciale de mon image dans le cadre de la promotion de l'association, notamment sur le site internet de l'association, ainsi que sa reproduction sur quelque support que ce soit (papier, support analogique ou numérique) actuel ou futur et ce, pour la durée de vie des documents réalisés ou de l'association.

En conséquence de quoi, je renonce expressément à me prévaloir d'un quelconque droit à l'image et à toute action à l'encontre de « USM MFA LES GERFAUTS MONTAUBAN » qui trouverait son origine dans l'exploitation de mon image dans le cadre précité.

Autorisation par le parent ou représentant légal si mineur (e)

Je déclare être le parent ou le représentant légal du mineur nommé ci-dessus, et avoir l'autorisation légale de signer cette autorisation en son nom. Nom du représentant légal :

Fait à _____ le _____

Signature du joueur

Signature parent ou tuteur

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »



COTISATIONS



CATEGORIE	TRANCHES D'AGE	TARIF LICENCE	SI PAIEMENT EN PLUSIEURS FOIS
FLAG			
FEMMES	2006 et avant 2007**	70 €* 	40+30
HOMMES		80 €* 	40+40
FOOTBALL AMERICAIN			
SENIORS FEMMES	2006 et avant 2007 **	150 €* 	75+75 ou 50+50+50
SENIORS HOMMES		150 €* 	75+75 ou 50+50+50
U20 (JUNIORS)	2004 > 2006	110 €* 	55+55 ou 40+40+30
U17 (CADETS)	2007 > 2009	110 €* 	
U14 (MINIMES)	2010 > 2011	110 €* 	

Tout renouvellement de licence après le 30/11/2023 majore le prix de la part Fédérale et donc de la cotisation du club.

Tout surclassement en catégorie supérieure implique le paiement de la cotisation de la catégorie supérieure.

(*) Paiement en 2 ou 3 fois possible : tous les chèques doivent être fournis à l'inscription et seront encaissés en septembre, octobre et novembre, même principe pour les virements.

(**) Surclassement obligatoire. Renseignement à prendre lors des permanences.



FICHE SANITAIRE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant la personne licenciée en cas d'urgence.

Le/La licencié(e)

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de sécurité sociale * : _____.

{*} Joindre la photocopie de la carte Vitale.

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Personne 1	Personne 2
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____

Le médecin traitant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Informations médicales concernant le/la licencié(e)

La personne suit-elle un traitement médical ? Oui / Non

Si oui, joindre une ordonnance récente car aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance datées et signée du médecin.

Allergies :

Asthme Oui / Non

Alimentaire Oui / Non

Médicamenteuse : Oui / Non



Autres :

Précisez la cause de l'allergie et de la conduite à tenir (si automédication le signaler).

Indiquez les difficultés de santé et précaution à prendre (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation, antécédents médicaux,...).

Recommandation utiles des parents

Précisez si votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèses dentaires ou auditives, ...

Je soussigné(e),

Nom : _____ Prénom : _____

Licencié(e) ou responsable légal de la personne, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la section et les dirigeants, à prendre les dispositions nécessaires à sa sécurité ainsi que toute mesure d'urgence médicale ou chirurgicale qui s'imposent en cas d'accident.

Signature du joueur

Signature parent ou tuteur

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »



RÈGLEMENT INTÉRIEUR



L'Association « USM MFA LES GERFAUTS » a pour objet de promouvoir et de développer les activités de Football Américain et de Flag Football. Le présent règlement s'applique à tous les membres de l'Association.

ARTICLE 1 : Adhésions

Au moment de leur adhésion, les membres adhérents doivent s'acquitter d'une cotisation annuelle dont le montant est fixé annuellement par le Bureau. Cette cotisation inclut le coût de la licence fédérale qui comprend l'assurance.

Toute cotisation versée à l'Association est définitivement acquise. Il ne saurait être exigé un remboursement de cotisation en cours d'année en cas de démission ou d'exclusion d'un membre.

Les personnes désirant adhérer à l'Association doivent remplir un bulletin d'adhésion.

Pour les mineurs de moins de 16 ans, ce bulletin sera rempli et signé par un représentant légal, accompagné d'un formulaire d'autorisation parentale dûment rempli.

Remboursement en cas d'incapacité temporaire à la pratique du sport (grossesse, problèmes de santé, modifications des activités professionnelles, ...) et sur présentation d'un justificatif avec report éventuel sur la saison suivante.

En cas d'arrêt définitif, à titre exceptionnel uniquement et pour raison grave motivée (raisons professionnelles ou de santé) accompagnée d'un justificatif, il sera procédé à un remboursement prorata temporis après déduction d'une somme forfaitaire couvrant les frais de dossier.

Cette somme sera réévaluée en même temps que les tarifs annuels. Les réclamations doivent être adressées à l'adresse mail de l'Association : contact@gerfauds-montauban.com

ARTICLE 2 : La qualité de membre

La qualité de membre s'acquiert lors de l'adhésion annuelle à l'Association.

La qualité de membre se perd par la radiation, la démission ou le décès. La radiation est prononcée par le bureau pour non-paiement de cotisation ou pour motif disciplinaire.

ARTICLE 3 : Comportement

Chaque membre doit respecter les règles élémentaires de savoir-vivre et de savoir-être en collectivité. Le respect des personnes et du matériel est exigé de la part de tous les pratiquants.

L'adhésion à l'Association suppose le respect de ses règles.

Toute personne dont le comportement ou les propos seraient non conformes avec l'éthique de l'Association se verra immédiatement exclue. Cette exclusion sera prononcée par le Bureau, signifiée par lettre recommandée AR stipulant les motifs de la radiation et ne donnera droit à aucune indemnisation. Sont considérés comme motifs d'exclusion toute rixe, injure, insulte, comportement agressif, incivilité et a fortiori tout acte pénalement sanctionnable. Il en est de même de tout comportement raciste, xénophobe, sexiste et/ou discriminant au sens des dispositions du Code du travail et du Code pénal. Différents motifs, parmi lesquels :

- Infraction aux statuts et règlement intérieur de l'Association
- Toute action de nature à porter préjudice, directement ou indirectement, aux activités de l'Association ou à sa réputation, à ses intérêts moraux et matériels
- Détérioration du matériel
- Comportement inconvenant ou dangereux



RÈGLEMENT INTÉRIEUR (suite)



Propos désobligeants, injurieux ou diffamatoires envers les autres membres ou les animateurs, sur Internet ou lors des activités de l'Association entraîneront la radiation immédiate.

La médisance ou la mauvaise humeur lors des activités de l'Association ne seront pas tolérées non plus, le Bureau estimant que cela génère une ambiance délétère contraire avec l'atmosphère conviviale souhaitée au sein des Gerfauts de Montauban.

Les membres du Bureau sont chargés de l'application de ces règles et en leur absence, la responsabilité en incombe à l'animatrice ou animateur du cours.

Il est formellement interdit de fumer ou de consommer de la drogue dans l'enceinte du stade où sont pratiquées les activités sportives de l'Association.

ARTICLE 4 : Tenue vestimentaire

Les règles légales d'hygiène et sécurité doivent être respectées.

De plus, chaque adhérent devra adopter une tenue correcte et appropriée aux exercices proposés.

Les équipements de base que l'adhérent devra avoir à chaque entraînement sont : un protège dent, son équipement de football Américain ou un équipement de prêt, des chaussures de sport ou des crampons et des affaires propres.

ARTICLE 5 : Matériel

L'Association met à la disposition de ses animateurs et de ses adhérents un matériel spécifique.

L'achat de ce matériel est financé par les cotisations des membres.

Les membres utilisent ledit matériel à bon escient et chaque membre s'engage à respecter les consignes d'utilisation données par les animateurs et à le restituer à la fin de chaque séance, en bon état.

Ce matériel est stocké dans les locaux mis à la disposition de l'Association par la mairie de Montauban.

Article 6 : Assemblée générale ordinaire

Conformément à l'Art. 10 des statuts de l'Association, l'Assemblée Générale se réunit une fois par an sur convocation écrite du Bureau.

Elle se tient sous la présidence du Président de l'Association, assisté des membres du bureau.

Le secrétaire convoque et informe de l'ordre du jour tous les membres de l'Association par email ou courrier et affiche dans les locaux.

Article 7 : Assemblée générale extraordinaire

Si besoin est, notamment pour les motifs prévus par la loi, le Bureau convoque les adhérents à une assemblée générale extraordinaire. Le mode de convocation et de scrutin est le même que celui d'une assemblée générale ordinaire. Une assemblée générale extraordinaire peut en outre être tenue soit sur réclamation motivée d'au moins 50% plus 1 vote des membres de l'Association, soit résulter d'une décision du Comité Directeur.

Fait à Montauban, le 1^{er} août 2023

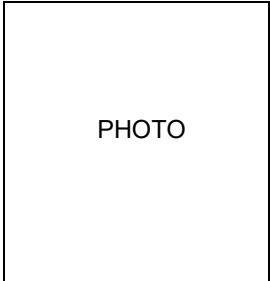
Le Président

Le Secrétaire



DEMANDE DE LICENCE FFFA

SAISON 2023/2024



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 :											
CHOIX DE LA LICENCE											
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		12,5		Loisir U7		15,6		Loisir Tiny		12,6	
Compétition U12		22,8		Loisir U9		15,6		Loisir Minimé		12,6	
Loisir U14		12,5		Compétition U9		15,6		Compétition Minimé		17,8	
Compétition U14		22,8		Loisir U11		15,6		Minimé surclassé Cadet		17,8	
U14 surclassé U17		57,7		Compétition U11		15,6		Loisir Cadet		17,8	
Loisir U17		12,5		Loisir U13		15,6		Compétition Cadet		17,8	
Compétition U17		57,7		Compétition U13		15,6		Cadet surclassé Junior		17,8	
U17 surclassé U20		57,7		Loisir U15		15,6		Loisir Junior		17,8	
Loisir U20		32		Compétition U15		15,6		Compétition Junior		17,8	
Compétition U20		57,7		U15 surclassé U17		30,8		Junior surclassé en Senior		30,5	
U20 surclassé Senior		64,2		Loisir U17		15,6		Loisir senior		17,8	
Loisir Senior		32		Compétition U17		30,8		Compétition senior		30,5	
Compétition Senior		64,2		U17 surclassé Senior		30,8		Entraîneur		19,1	
Issu d'un championnat majeur		393,8		Loisir Senior		15,6		Dirigeant		19,1	
Entraîneur		19,1		Compétition Senior		30,8		Juge		29,4	
Dirigeant		19,1		Entraîneur		19,1		Bénévole		5,2	
Arbitre		29,4		Dirigeant		19,1					
Bénévole		5,2		Arbitre		29,4					
				Bénévole		5,2					
Total FA :	€			Total Flag :	€			Total Cheer :	€		
TOTAL REVERSE A LA FEDERATION :										Le : / /	

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 :

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.

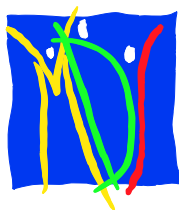
Signature et cachet du médecin :

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, entrainera 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



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^{ème} 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 :					_ _ _ _ _ , _ _ _ _ _ € 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 (100 % IPP)	INDEMNITES JOURNALIERES	COTISATION GLOBALE(TTC)	
A 1*		30 489,80 €		5,00 €	Dans toutes ces formules, les indemnités journalières sont versées à compter du 31^{ème} jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4^{ème} 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.

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR EN VUE DU RENOUELEMENT 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 par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
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) ?		
A ce jour		
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*

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 :	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
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"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
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"/>
Aujourd'hui	OUI	NON
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"/>
Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
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 - viesportive@ffa.org

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

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z

AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'ACCIDENT AVEC OU SANS SURCLASSEMENT

Je soussigné (e) M., Mme
(Nom et Prénom du responsable légal)

Certifie être le responsable du mineur :

Né(e) le: / /, à

et l'autorise à pratiquer le

en compétition, avec autorisation médicale pour la saison 2023-2024 au sein de l'association

sportive :

Fait à le / /

Signature :

Je soussigné (e) M., Mme
(Nom et Prénom du responsable légal)

Certifie être le responsable du mineur :

Né(e) le: / /, à

et l'autorise à pratiquer le

(Discipline pratiquée)

en compétition, dans la catégorie immédiatement supérieure à celle de son âge avec autorisation

médicale pour la saison 2023-2024 au sein de l'association sportive :

Fait à le / /

Signature :

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 - ffa@ffa.org

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

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z