Saison 2017/2018 - 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 : ..... @ .....

Handicap

☐ **Handicaps orthopédiques :**
- ☐ Amputations MS
- ☐ Amputations MI
- ☐ Agénésies MS
- ☐ Agénésies MI
- ☐ Raideurs articulaires
- ☐ Fragilités osseuses
- ☐ Personne de petite taille

☐ **Paraplégiques et tétraplégiques :**
- ☐ Avec ou sans modification du tonus musculaire
- ☐ Avec ou sans troubles sensitifs
- ☐ Spina Bifida paralytiques

☐ **Handicaps neurologiques d'origine périphérique :**
- ☐ Poliomyélite
- ☐ Polyradiculonévrites
- ☐ Atteinte des nerfs rachidiens
- ☐ Paralysies plexiques
- ☐ Paralysies tronculaires
- ☐ Polynévrites

☐ **Handicaps neurologiques évolutifs :**
- ☐ Myopathies ou Dystrophies musculaires
- ☐ Amyotrophies spinales
- ☐ Hérédo dégénérescences spino-cérébelleuses
- ☐ Atteintes neurologiques d'origine immunitaire (SEP)

☐ **Hémiplégiques**

☐ **IMC**

☐ **Handicaps visuels :**
- ☐ Amblyope
- ☐ Non-voyant

☐ **Handicaps auditifs**

☐ **Autres (à préciser) :** .....

☐ **VALIDE**

La licence

Type de licence

☐ compét. + 20 ans	64 €	sport pratiqué (obligatoire) :	
☐ compét. - 20 ans	28 €		
☐ cadre & bénévole	28 €	☐ pratiquant ☐ non pratiquant	Fonction : ..... Sport : .....
☐ loisir	28	sport(s) pratiqué(s) :	1er (obligatoire) : ..... 2e : .....
☐ établissement	de 17 à 8 €		

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

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) :

TSVP ➔

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 :