

Saison 2020/2021

CRÉATION DE LICENCE

Nom de l'association : _____

Le licencié

Nom & coordonnées

Mme Mlle Mr Nom : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Nationalité : Française Etrangère : _____
 Adresse : _____
 (Facultatif) _____
 CP : _____ Ville : _____
 Tél. : _____ E-mail : _____
(Obligatoire)
 J'autorise la FFH à collecter mes données uniquement dans le cadre de la prise de licence (obligatoire pour la prise de licence)
 J'autorise la FFH à utiliser mon email dans le cadre de sa communication fédérale (actualités, newsletters, Le Mag', offres partenaires)

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 crânien
 autres causes
 (anexie, infection, tumeur, autre)
 VALIDE
 A besoin d'une tierce personne dans les gestes de la vie quotidienne (habillage, toilette, etc...) ?

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 âgées
 troubles cardio-vasculaires
 troubles respiratoires
 maladies chroniques
 (diabète, leucémie, mucoviscidose,....)
 troubles des apprentissages moteurs (dyspraxie, ...)
 handicap mental
 autres

La licence

Type de licence

<input type="checkbox"/> Compét. + 20 ans	66 €	Sport pratiqué (obligatoire) : _____
<input type="checkbox"/> Compét. - 20 ans	29 €	
<input type="checkbox"/> Cadre	29 €	<input type="checkbox"/> Pratiquant <input type="checkbox"/> Non pratiquant
<input type="checkbox"/> Loisir	29 €	Fonction : _____ Sport : _____
<input type="checkbox"/> Etablissement	de 17 à 8 €	Sport(s) pratiqué(s) : 1er (obligatoire) : _____ 2e (facultatif) : _____

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 : _____

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



ASSURANCE

- A lire, remplir et signer -

Nom du licencié : _____

Nom et Prénom du demandeur ou du représentant légal

Je soussigné(e), _____
Déclare avoir :

- 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 : _____

Signature :

A : _____