

CRÉATION DE LICENCE 2023-2024

Nom de l'association :

Le licencié

** Champs obligatoires pour les cadres (membres du bureau, bénévoles, salariés, entraîneurs...) pour le contrôle d'honorabilité mis en place par le Ministère*

Mme Mr

Nom : _____

Nom de jeune fille : * _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____ Nationalité : Française Etrangère :

Commune de naissance : * _____ CP : * _____

Adresse : * _____

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)

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

Handicaps visuels :
 malvoyant
 non-voyant

Handicaps auditifs
 malentendant
 sourd

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

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

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

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

Paraplégie
 Tétraplégie
 Spina bifida

VALIDE

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

Nom & coordonnées

Handicap

La licence

Type de licence	<input type="checkbox"/> Compét. + 20 ans	70€	Sport pratiqué (obligatoire) :
	<input type="checkbox"/> Compét. - 20 ans	30 €	
	<input type="checkbox"/> Cadre	30 €	Fonction :
	<input type="checkbox"/> Loisir	31 €	Sport :
	<input type="checkbox"/> Etablissement	de 20 à 10 €	Sport(s) pratiqué(s) : 1er (obligatoire) : 2eme (facultatif) :

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

Certificat médical de non contre-indication indiquant la saison sportive	⇒	Date : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Nom du médecin :																				
+ <u>pour les compétiteurs déficients visuels</u> : date du certificat de non contre-indication ophtalmologique	⇒	Date : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Nom du médecin :																				

Assurance

Je soussigné(e)

Déclare avoir :

- pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence Fédération Française Handisport et de leur coût,

- pris connaissance du bulletin d'adhésion permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires

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 : 0.83 € TTC)

Garanties complémentaires :

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 MAIF 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.

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