

Nom de l'association : **HANDISPORT MONTELMAR 2018 - 2019**

Le licencié

Nom & coordonnées	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mr Nom : _____ Prénom : _____		
	Date de naissance : _____		Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère : _____
	Adresse : _____ _____		
	CP : _____		Ville : _____
	Tél. : _____		E-mail : _____@_____
	Handicap	<input type="checkbox"/> Handicaps orthopédiques : <input type="checkbox"/> Amputations MS <input type="checkbox"/> Amputations MI <input type="checkbox"/> Agénésies MS <input type="checkbox"/> Agénésies MI <input type="checkbox"/> Raideurs articulaires <input type="checkbox"/> Fragilités osseuses <input type="checkbox"/> Personne de petite taille	
<input type="checkbox"/> Paraplégiques et tétraplégiques : <input type="checkbox"/> Avec ou sans modification du tonus musculaire <input type="checkbox"/> Avec ou sans troubles sensitifs <input type="checkbox"/> Spina Bifida paralytiques			
<input type="checkbox"/> Handicaps neurologiques d'origine périphérique : <input type="checkbox"/> Poliomyélite <input type="checkbox"/> Polyradiculonévrites <input type="checkbox"/> Atteinte des nerfs rachidiens <input type="checkbox"/> Paralysies plexiques <input type="checkbox"/> Paralysies tronculaires <input type="checkbox"/> Polynévrites			
<input type="checkbox"/> Handicaps neurologiques évolutifs : <input type="checkbox"/> Myopathies ou Dystrophies musculaires <input type="checkbox"/> Amyotrophies spinales <input type="checkbox"/> Héredo dégénérescences spino-cérébelleuses <input type="checkbox"/> Atteintes neurologiques d'origine immunitaire (SEP)			
<input type="checkbox"/> Hémiplégiques <input type="checkbox"/> IMC			
<input type="checkbox"/> Handicaps visuels : <input type="checkbox"/> Amblyope <input type="checkbox"/> Non-voyant			
<input type="checkbox"/> Handicaps auditifs			
<input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : _____			
<input type="checkbox"/> VALIDE			

La licence

Type de licence	<input type="checkbox"/> compét. + 20 ans	75 €	sport pratiqué (obligatoire) : _____	
	<input type="checkbox"/> compét. - 20 ans	55 €		
	<input type="checkbox"/> cadre & bénévole	30 €	<input type="checkbox"/> pratiquant <input type="checkbox"/> non pratiquant	Fonction : _____ Sport : _____
	<input type="checkbox"/> loisir	45 €	sport(s) pratiqué(s) : 1er (obligatoire) : _____ 2e (facultatif) : _____	
	<input type="checkbox"/> sessad	30 €		

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) : _____		



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 :