

Nom de l'association : **HANDISPORT MONTELMAR 2019 - 2020**

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 : _____@_____
	<i>(Obligatoire)</i>		
Handicap	<input type="checkbox"/> Handicaps neurologiques évolutifs : <input type="checkbox"/> maladies génétiques dégénératives <input type="checkbox"/> sclérose en plaque (SEP)		
	<input type="checkbox"/> Handicaps visuels : <input type="checkbox"/> malvoyant <input type="checkbox"/> non-voyant		
	<input type="checkbox"/> Handicaps auditifs : <input type="checkbox"/> malentendant <input type="checkbox"/> sourd (pas d'audition sans appareillage)		
	<input type="checkbox"/> Handicaps neuro d'origine périphérique : <input type="checkbox"/> Poliomyélite <input type="checkbox"/> atteinte des nerfs <input type="checkbox"/> maladies neuro-musculaires (polynévrites, polyradiculonévrites, ...)		
	<input type="checkbox"/> Handicaps orthopédiques : <input type="checkbox"/> amputation ou agénésie membre(s) inférieur(s) <input type="checkbox"/> amputation ou agénésie membre(s) supérieur(s) <input type="checkbox"/> Raideur articulaire/malformation <input type="checkbox"/> Fragilités osseuses <input type="checkbox"/> Personne de petite taille		
	<input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> obésité <input type="checkbox"/> personnes âgées <input type="checkbox"/> troubles cardio-vasculaires <input type="checkbox"/> troubles respiratoires <input type="checkbox"/> maladies chroniques (diabète, leucémie, mucoviscidose, ...)		
	<input type="checkbox"/> Lésions cérébrales : <input type="checkbox"/> paralysie cérébrale (IMC) <input type="checkbox"/> dues à un AVC <input type="checkbox"/> dues à un traumatisme crânien <input type="checkbox"/> autres causes (anexie, infection, tumeur, autre)		
	<input type="checkbox"/> Paraplégie <input type="checkbox"/> Tétraplégie <input type="checkbox"/> Spina bifida		
	<input type="checkbox"/> VALIDE		
	<input type="checkbox"/> A besoin d'une tierce personne dans les gestes de la vie quotidienne (habillage, toilette, etc...) ?		

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 Fonction : _____ <input type="checkbox"/> non pratiquant 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 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 : _____
→ 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 :