

Nom de l'association : **HANDISPORT MONTELMAR 2020 - 2021**

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 visuels :
 malvoyant
 non-voyant

Handicaps auditifs :
 malentendant
 sourd
 (pas d'audition sans appareillage)

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
 personnes âgées
 troubles cardio-vasculaires
 troubles respiratoires
 maladies chroniques
 (diabète, leucémie, mucoviscidose, ...)

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

Paraplégie
 Tétraplégie
 Spina bifida

VALIDE
 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	30 €	<input type="checkbox"/> Praticant <input type="checkbox"/> Non pratiquant
<input type="checkbox"/> Loisir	45 €	Fonction : _____
<input type="checkbox"/> Sessad	30 €	Sport : _____
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) :

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 :