



Saison 2018/2019 - Création de licence

Nom de l'association :

ALBERTVILLE HANDISPORT

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"/> Hérédo 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 115 € <input type="checkbox"/> compét. - 20 ans 80 € <input type="checkbox"/> cadre & bénévole 40 € <input type="checkbox"/> loisir 80 € <input type="checkbox"/> établissement	sport pratiqué (obligatoire) : _____ <input type="checkbox"/> pratiquant Fonction : _____ <input type="checkbox"/> non pratiquant Sport : _____ sport(s) pratiqué(s) : 1er (obligatoire) : _____ 2e (facultatif) : _____

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) :

TSVP



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 :