

# Saison 2020/2021

## CRÉATION DE LICENCE

Nom de l'association : **VELO CLUB DE PONT-AUDEMER**

### 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  
 (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...) ?

### La licence

Type de licence

<input type="checkbox"/> Compét. + 20 ans	81 66 €	Sport pratiqué (obligatoire) : _____
<input type="checkbox"/> Compét. - 20 ans	44 29 €	
<input type="checkbox"/> Cadre	29 €	<input type="checkbox"/> Praticant <input type="checkbox"/> Non pratiquant
<input type="checkbox"/> Loisir	44 29 €	Sport(s) pratiqué(s) : 1er (obligatoire) : _____ 2e (facultatif) : _____
<input type="checkbox"/> Etablissement	de 17 à 8 €	

### 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) :



# ASSURANCE

- A lire, remplir et signer -

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 : \_\_\_\_\_