

# Devils de Cenon



## Dossier de licence 2019-2020

Pièces à fournir :

- Formulaire FFFA
- Questionnaire QS sport
- Certificat médical si le questionnaire QS sport l'exige.
- Formulaire Sportmut (obligatoire même si vous n'adhérez pas)
- Fiche de renseignement
- Autorisation parentale FFFA pour les mineurs surclassés
- Règlement : 180 € pour les séniors, 170 pour les juniors, 150 pour les cadets, 80 pour l'école de football, réglable en 4 fois
- Une photo d'identité pour les néo-licenciés
- Une photocopie de pièce d'identité pour les néo-licenciés



# DEMANDE DE LICENCE FFFA

**SAISON 2019/2020**

PHOTO

Club :

## INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Sexe : M  F

Adresse :

Code postale :  Ville :

Téléphone :

Courriel :

Date de naissance :

Lieu de naissance :  Département :

Nationalité :

## LICENCE

A remplir en cas de renouvellement						Signature du demandeur (ou de son représentant légal s'il est mineur) :					
Numéro de licence : <input type="text"/>											
CHOIX DE LA LICENCE											
FOOTBALL AMÉRICAIN			FLAG FOOTBALL			CHEERLEADING					
Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	En signant ce document, le demandeur reconnaît avoir été explicitement informé de son devoir de souscrire à une assurance avant de pratiquer la discipline choisie. De plus, il reconnaît avoir reçu une notice établie par un assureur lui précisant l'intérêt à souscrire une assurance de personne couvrant les dommages corporels, ainsi qu'un formulaire de souscription lui offrant plusieurs formules de garanties dont les modalités sont également indiquées. Si le licencié ne souhaite pas souscrire à l'assurance proposée par la Fédération, il doit cocher la case suivante et faire parvenir à son club et à la Fédération, une attestation d'individuuel accident couvrant sa pratique sportive.		
Loisir U6	<input type="checkbox"/>	12.2	Loisir U6	<input type="checkbox"/>	12.3	Loisir/Compétition U6	<input type="checkbox"/>	12.1	<input type="checkbox"/> <b>Licencié adulte :</b> Je soussigné M/Mme _____ atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.  <b>Date et signature du demandeur :</b> _____  <input type="checkbox"/> <b>Licencié mineur :</b> Je soussigné M/Mme _____, en ma qualité de représentant légal du demandeur, atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.  <b>Date et signature du représentant légal :</b> _____  <b>Visa du club (date / tampon / signature) :</b> _____		
Loisir U8	<input type="checkbox"/>	12.2	Loisir U8	<input type="checkbox"/>	12.3	Loisir/Compétition U8	<input type="checkbox"/>	12.1			
Loisir U10	<input type="checkbox"/>	12.2	Compétition U8	<input type="checkbox"/>	12.3	Loisir U11	<input type="checkbox"/>	12.1			
Loisir U12	<input type="checkbox"/>	12.2	U8 surclassé U10	<input type="checkbox"/>	12.3	Compétition U11	<input type="checkbox"/>	17.1			
Compétition U12	<input type="checkbox"/>	22.1	Loisir U10	<input type="checkbox"/>	12.3	U11 surclassé Junior	<input type="checkbox"/>	17.1			
U12 surclassé U14	<input type="checkbox"/>	22.1	Compétition U10	<input type="checkbox"/>	12.3	Loisir Junior	<input type="checkbox"/>	17.1			
Loisir U14	<input type="checkbox"/>	12.2	U10 surclassé U12	<input type="checkbox"/>	12.3	Compétition Junior	<input type="checkbox"/>	17.1			
Compétition U14	<input type="checkbox"/>	22.1	Loisir U12	<input type="checkbox"/>	12.3	Junior surclassé en seniors	<input type="checkbox"/>	29.3			
U14 surclassé U16	<input type="checkbox"/>	55.5	Compétition U12	<input type="checkbox"/>	12.3	Loisir senior	<input type="checkbox"/>	17.1			
Loisirs U16	<input type="checkbox"/>	12.2	U12 surclassé U14	<input type="checkbox"/>	12.3	Compétition senior	<input type="checkbox"/>	29.3			
Compétition U16	<input type="checkbox"/>	55.5	Loisir U14	<input type="checkbox"/>	12.3	Entraîneur	<input type="checkbox"/>	18.4			
U16 surclassé U19	<input type="checkbox"/>	55.5	Compétition U14	<input type="checkbox"/>	12.3	Dirigeant	<input type="checkbox"/>	18.4			
Loisirs U19	<input type="checkbox"/>	30.8	U14 surclassé U16	<input type="checkbox"/>	24.7	Juge	<input type="checkbox"/>	28.2			
Compétition U19	<input type="checkbox"/>	55.5	Loisir U16	<input type="checkbox"/>	12.3	Bénévole	<input type="checkbox"/>	5			
U19 surclassé senior	<input type="checkbox"/>	61.7	Compétition U16	<input type="checkbox"/>	24.7		<input type="checkbox"/>				
Loisirs Senior	<input type="checkbox"/>	30.8	Compétition + de 16 ans	<input type="checkbox"/>	24.7		<input type="checkbox"/>				
Compétition Senior	<input type="checkbox"/>	61.7	U16 surclassé + de 16 ans	<input type="checkbox"/>	24.7		<input type="checkbox"/>				
Issus d'un championnat majeur	<input type="checkbox"/>	376.9	Loisir + de 16 ans	<input type="checkbox"/>	12.3		<input type="checkbox"/>				
Entraîneur	<input type="checkbox"/>	18.4	Entraîneur	<input type="checkbox"/>	18.4		<input type="checkbox"/>				
Dirigeant	<input type="checkbox"/>	18.4	Dirigeant	<input type="checkbox"/>	18.4		<input type="checkbox"/>				
Arbitre	<input type="checkbox"/>	28.2	Arbitre	<input type="checkbox"/>	28.2		<input type="checkbox"/>				
Bénévole	<input type="checkbox"/>	5	Bénévole	<input type="checkbox"/>	5		<input type="checkbox"/>				
Total :		€	Total :		€	Total :		€			
<b>TOTAL REVERSE A LA FEDERATION :</b>									Le : ____ / ____ / ____		

## CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE EN COMPETITION OU EN LOISIR

à fournir qu'en cas de première licence, ou si vous avez répondu positivement à l'une des questions du questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01, ou si votre dernier certificat médical date de plus de 3 ans

Je soussigné(e), Docteur

certifie avoir examiné le demandeur de la présente licence, et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du : **FOOTBALL AMÉRICAIN**  en tant que : Joueur :

Arbitre :

**FLAG**  en tant que : Joueur :

Arbitre :

**CHEERLEADING**  en tant que : Joueur :

Arbitre :

Signature et cachet du médecin :  
A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

## DEMANDE DE SURCLASSEMENT DU MEDECIN DU SPORT

Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médico-sportive), un médecin diplômé peut l'autoriser à pratiquer la discipline en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieur, en respect du règlement médical de la FFFA et sous réserve qu'on lui ait présenté un électrocardiogramme de repos, uniquement pour les disciplines football américain et/ou en flag football.

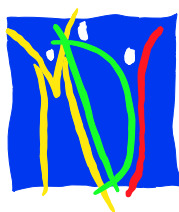
Je soussigné(e), Docteur

diplômé de traumatologie du sport, titulaire de la capacité de médecine du sport ou titulaire du Certificat d'Enseignement Spécialisé, certifie après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur, que le demandeur de la présente licence est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieur de la discipline en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel.

Signature et cachet du médecin :  
A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Les signataires de la présente demande de licence certifient l'exactitude de tous les renseignements portés. Ils s'engagent, en outre, à respecter les Statuts et Règlements de la FFFA, la réglementation applicable au dopage et à subir en conséquence tous les examens et prélèvements. La communication de ces informations est le préalable obligatoire à l'obtention d'une licence fédérale. Le défaut total ou partiel, de réponse, entraînera l'annulation de la demande. Conformément à la loi "Informatique et Liberté" N° 79-17, du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la FFFA "ffa@ffa.org".

- Je souhaite recevoir la newsletter FFFA pour être au courant de toute l'actualité fédérale OUI  NON
- J'accepte de recevoir des offres commerciales pour des produits ou services liés à ma pratique sportive, de la part de la FFFA ou de ses partenaires OUI  NON
- J'autorise la FFFA à utiliser mon image, uniquement dans le cadre de ses activités et sans but lucratif OUI  NON



## DEMANDE D'ADHESION

*(l'adhérent est toujours le licencié)*

M.  Mme  Melle  Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de Jeune Fille : ..... Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Profession (nature exacte) : .....  
 Téléphones : fixe ..... mobile .....  
 Email : .....  
 Association sportive par laquelle ou au titre de laquelle le régime de base a été souscrit : .....

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat "SPORTMUT" ayant pour objet de proposer des garanties complémentaires en sus du régime de prévoyance de base souscrit, pour le compte de ses licenciés, par la Fédération Française de Football Américain auprès de la M.D.S. en cas de dommage corporel suite à un accident garanti.

J'ai décidé  d'adhérer à SPORTMUT  
 de ne pas y adhérer

Date limite de l'adhésion : 60<sup>ème</sup> anniversaire  
 Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré :  
 mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou mon concubin notoire, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.  
 Autres dispositions : .....

FORMULE DE GARANTIES CHOISIE					COTISATION ANNUELLE € T.T.C.
Formule A :	A 1 <input type="checkbox"/>	A 2 <input type="checkbox"/>	A 3 <input type="checkbox"/>	A 4 <input type="checkbox"/>	(correspondant au choix retenu)
Formule B :	B 1 <input type="checkbox"/>	B 2 <input type="checkbox"/>	B 3 <input type="checkbox"/>	B 4 <input type="checkbox"/>	
Formule C :	C 1 <input type="checkbox"/>	C 2 <input type="checkbox"/>	C 3 <input type="checkbox"/>	C 4 <input type="checkbox"/>	
Formule D :	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>	
Formule E :	E 1 <input type="checkbox"/>	E 2 <input type="checkbox"/>	E 3 <input type="checkbox"/>	E 4 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autres choix : ..... .....					_ _ _ _ ,  _ _ _ _  € Sera déterminée après consultation de la M.D.S.

Je certifie sur l'honneur ne pas être atteint(e) d'une infirmité ou d'un handicap. Au cas contraire prendre contact avec la M.D.S.  
 Je suis informé(e) que la loi du 6 janvier 1978 « Informatique et Liberté » me donne le droit de demander communication et rectification de toutes informations me concernant qui figureraient sur tout fichier de la Fédération ou de la M.D.S. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la M.D.S. indiquée ci-dessous.

Fait à ..... le .....

Signature de l'adhérent\*

Cachet de la Fédération ou de l'Association Sportive

\* faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé"



# SPORTMUT

Contrat collectif complémentaire de prévoyance  
au bénéfice des licenciés de la Fédération Française de Football Américain

## NOTICE D'INFORMATION

En adhérant à SPORTMUT vous pouvez bénéficier de garanties complémentaires en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique du ou des sports déclarés sur la demande d'adhésion :

### UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :

Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'IPP égale à 100%. Ce capital est réduit lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 100 %.

**Aucun capital n'est versé pour un taux d'IPP inférieur ou égal à 5 %.**

### DES INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE:

Elles vous sont versées mensuellement à terme échu, après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise.

**La période de franchise n'est pas indemnisée.** La durée d'indemnisation est de 365 ou de 1095 jours selon votre choix.

**Quelle que soit la durée d'indemnisation choisie, l'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de votre état de santé.**

Vous ne pouvez choisir un montant de garantie qui vous ferait bénéficier en arrêt de travail de ressources supérieures à celles dont vous disposez en période d'activité.

Un justificatif de revenus est exigé.

UN CAPITAL DECES : qui sera versé au bénéficiaire désigné.

### FORMULES ENFANT :

Seules les formules marquées d'un astérisque (\*) dans le tableau figurant ci-dessous peuvent être souscrites pour les mineurs de moins de 12 ans.

Pour les mineurs de moins de 18 ans, le bulletin devra être revêtu de leur signature et de la signature des parents ou des représentants légaux.

### FORMULE + DE 60 ANS :

Seule la formule marquée de deux astérisques (\*\*) dans le tableau figurant ci-dessous peut être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins de 65 ans.

### MODALITES D'ADHESION

Des formules de garanties pré-tarifées vous sont proposées ci-dessous.

Si l'une de ces formules vous convient, vous pouvez remplir la demande d'adhésion et l'adresser à la M.D.S. accompagnée de votre règlement. A réception, la M.D.S. vous adressera un certificat d'adhésion accompagné des conditions générales du contrat SPORTMUT. Vous disposerez alors d'un délai de 40 jours pendant lequel vous pourrez renoncer à votre adhésion. Passé ce délai votre adhésion deviendra définitive.

FORMULES	CAPITAL DECES	CAPITAL INVALIDITE (100 % IPP)	INDEMNITES JOURNALIERES	COTISATION GLOBALE(TTC)	Dans toutes ces formules, les indemnités journalières sont versées à compter du 31 <sup>ème</sup> jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4 <sup>ème</sup> jour en cas d'hospitalisation et ce, jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours.
A 1*		30 489,80 €		5,00 €	
A 2**	15 244,90 €	30 489,80 €		6,30 €	
A 3	15 244,90 €		7,62 €/Jour	21,70 €	
A 4	15 244,90 €	30 489,80 €	7,62 €/Jour	26,60 €	
B 1*		60 979,61 €		9,90 €	
B 2	30 489,80 €	60 979,61 €		12,60 €	
B 3	30 489,80 €		15,24 €/Jour	43,30 €	
B 4	30 489,80 €	60 979,61 €	15,24 €/Jour	53,10 €	
C 1*		91 469,41 €		14,80 €	
C 2	45 734,71 €	91 469,41 €		18,90 €	
C 3	45 734,71 €		22,87 €/Jour	64,90 €	
C 4	45 734,71 €	91 469,41 €	22,87 €/Jour	79,70 €	
D 1*		121 959,21 €		19,70 €	
D 2	60 979,61 €	121 959,21 €		25,20 €	
D 3	60 979,61 €		30,49 €/Jour	86,50 €	
D 4	60 979,61 €	121 959,21 €	30,49 €/Jour	106,10 €	
E 1*		152 449,02 €		24,60 €	
E 2	76 224,51 €	152 449,02 €		31,50 €	
E 3	76 224,51 €		38,11 €/Jour	108,10 €	
E 4	76 224,51 €	152 449,02 €	38,11 €/Jour	132,70 €	

Ces cotisations tiennent compte des taxes en vigueur.

MDS JUILLET 2013 / DISQUE O / FEDERATIONS

(\*) Options réservées aux mineurs âgés de moins de 12 ans.

(\*\*) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins de 65 ans.

Les cotisations sont annuelles. Le non renouvellement de la cotisation par l'assuré met fin de plein droit à l'adhésion 40 jours après le terme principal de la dernière échéance.

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité.

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</b>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

#### **Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

#### **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



## AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'ACCIDENT AVEC OU SANS SURCLASSEMENT

Je soussigné (e) M., Mme .....  
(Nom et Prénom du responsable légal)

Certifie être le responsable du mineur :  
.....

Né(e) le: ..... / ..... / ....., à .....

et l'autorise à pratiquer le .....

en compétition, avec autorisation médicale pour la saison 2019-2020 au sein du groupement sportif : .....

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

**Signature :**

Je soussigné (e) M., Mme .....  
(Nom et Prénom du responsable légal)

Certifie être le responsable du mineur :  
.....

Né(e) le: ..... / ..... / ....., à .....

et l'autorise à pratiquer le .....  
(Discipline pratiquée)

en compétition, dans la catégorie immédiatement supérieure à celle de son âge avec autorisation médicale pour la saison 2019-2020 au sein du groupement sportif : .....

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

**Signature :**

**Fédération Française de Football Américain**

2 rue du Centre – Immeuble ATRIA – 93160 NOISY LE GRAND - Tél : 01 43 11 14 70 - Fax : 01 43 11 14 71

[www.ffa.org](http://www.ffa.org) - [ffa@ffa.org](mailto:ffa@ffa.org)

Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z



# DEVILS DE CENON



(Association sportive, club de Football Américain)  
Maison des Sports 3, rue Aristide Briand 33150 CENON  
06 76 66 22 43 [www.devilscenon.fr](http://www.devilscenon.fr)  
« renseignements@devilscenon.fr »

(ANNEXE 1)

## FICHE DE RENSEIGNEMENT JOUEUR 2019-2020

### Informations personnelles

Nom : Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

Téléphone : Mail :

Nom Facebook :

Profession ou Etude :

Moyen de transport : Voiture / Moto / Tram et Pied

### Informations sportives

Taille : Poids :

Expérience Football Américain (nombre d'années, postes occupés) :

Préférence : Attaque / Défense / Pas de préférence

Postes souhaités (3 maximum) :

Comptes-tu utiliser la salle de musculation du Club ? Oui / Non / Je ne sais pas

Jour privilégié pour utiliser la salle : Lundi / Mercredi / Vendredi

### Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom : Prénom :

Qualité : Téléphone :