**Dossier Licence 2021/22**

 **NOUVEAUX ADHERENTS MAJEURS**

|  |  |
| --- | --- |
| □ |  Fiche Administrative de l'Association **complétée et signée** |
| □ |  Sportmut **complétée et signée (même en cas de non-adhésion)** |
| □ |  Feuille de licence FFFA **complétée et signée** |
| □ |  Fiche de paiement **complétée et signée** |
| □ |  Certificat Médical  |
| □ |  Le règlement de la licence |

**Je souhaite être surclassé :**

**Autres Documents :**

|  |  |
| --- | --- |
| □ |  Autorisation Parentale pour les joueurs mineurs  |
| □ |  Electrocardiogramme de repos (RV au CH LE MANS organisé par le club) |
| □ |  Certificat Médical rempli par un médecin du sport (CH LE MANS) |


### C'est ma première année : (apporter les documents, qui seront pris en photo sur place)

|  |  |
| --- | --- |
| □ |  Carte d'Identité |
| □ |  Carte Vitale |

**J'achète du matériel au club:**

|  |  |
| --- | --- |
| □ |  Le bon de commande |
| □ |  Le règlement de la commande |

**RENSEIGNEMENTS : Charles PAVIOT 06 99 96 58 30**

**contact@caimans72.fr**

**AUCUN DOSSIER INCOMPLET NE SERA TRAITE**

**Fiche Administrative**

**INFORMATIONS GENERALES**

**Nom** :

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **Prénom** :

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Date de naisssance** :

\_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ **Lieu** :

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Adresse** : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Code postal** :

\_ \_ \_ \_ \_ **Ville** : \_ \_

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Téléphone** :

\_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ **Portable**

\_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

**Email** (TRES IMPORTANT) : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Recommandations médicales** (ou autre infos utiles)**: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

### \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Personne(s) à contacter en cas d'urgence :**

Nom/ Prénom : **\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

Téléphone **: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_**

### Nom/ Prénom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Téléphone **: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_**

**DROIT A L'IMAGE**

J'autorise l’Association des Caïmans 72 sans contrepartie à utiliser pour sa promotion et sa communication en interne comme en externe, les photos et vidéos sur lesquelles je figure.

**OUI / NON** (rayer la mention inutile)

**REGLEMENT INTERIEUR**

Je soussigné(e), \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Association et m'engage à le respecter sans aucune restriction.

**Fait le** \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ **Signature** : (par le représentant légal si mineur)

**à** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (art. 34 de la loi Informatique et Liberté» du 6 Janvier 1978). Pour l'exercer, contactez-nous par mail : contact@caimans72.fr

 

 Contrat collectif complémentaire de prévoyance au bénéfice des licenciés

de la Fédération Française de Football Américain

**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 ème 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  | A 2  | A 3  | A 4  | (correspondant au choix retenu)| | | |,| | |€ |
| Formule B : | B 1  | B 2  | B 3  | B 4  |
| Formule C : | C 1  | C 2  | C 3  | C 4  |
| Formule D : | D 1  | D 2  | D 3  | D 4  |
| Formule E : | E 1  | E 2  | E 3  | E 4  |
|  | 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"*

Mutuelle des Sportifs

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité Mutuelle immatriculée au répertoire Sirène sous le Numéro siren n° 422 801 910

2-4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 -  : 01 53 04 86 86 - : 01 53 04 86 87



Contrat collectif complémentaire de prévoyance

au bénéfice des licenciés de la Fédération Française de Football Américain

**NOTICE D’INFORMATION**



















|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULES** | **CAPITAL DECES** | **CAPITAL INVALIDITE (100 % IPP)** | **INDEMNITES JOURNALIERES** | **COTISATION GLOBALE(TTC)** | **Dans toutes ces formules, les indemnités journalières sont versées****à compter du 31ème jour d'incapacité temporaire****totale de travail ou à partir****du 4ème 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.**

**(\*) 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.**

MDS JUILLET 2013 / DISQUE O / FEDERATIONS

**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.*


# Fiche de paiement

### Nom :

**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ Prénom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Catégorie :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MONTANTS** | licence | Kit Materiel | Location\* | Caution |
| SENIOR / U19 | 190€ | 90€ | 0 | 100€ |
| U16 | 160€ | 90€ | 0  | 100€ |
| U14 / FEMININES | 130€ | 90€ | 0 | 100€ |
| FLAG TOUTES CATEGORIES | 50€ | 0 | 0 | 0 |
| CHEER TOUTES CATEGORIES | 50€ | 0 | 0 | 0 |

**\_ \_ \_ \_ \_ \_** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

 \*LOCATION OFFERTE POUR LES NOUVEAUX LICENCIES

**REGLEMENT**

Licence = \_ \_ \_ € Location matériel = \_ \_ \_ \_€

Achat kit matériel = \_ \_ \_ \_€

**TOTAL** = \_ \_ \_ \_ \_€

+ Cheque de caution sur le matériel = 100€ (non encaissé)

**Règlement par chèque :**

**Nb de chèques :** \_ \_ \_ \_ 4 MAXIMUM

**AUCUN DOSSIER NE SERA ACCEPTE SANS LES PAIEMENTS COMPLETS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **Montant** | **Mois d'encaissement souhaité** | **N° chèque** | **Titulaire** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
|  |

**Autres paiments :**

Espèces : Bon CAF :

\_ \_ \_ \_ € Coupons Sport (ANCV):

\_ \_ \_ \_ € Chèques Collèges 72 :

\_ \_ \_ \_ €

\_ \_ \_ \_ €

Chèques Vacances (ANCV) : \_ \_ \_ \_ € Pass Sport (nouveauté 2021) :\_ \_ \_ \_ €