

## CRÉATION DE LICENCE 2021-2022

**Nom de l'association :** .....

### Le licencié

*\* Champs obligatoires pour les cadres (membres du bureau, bénévoles, salariés, entraîneurs...) pour le contrôle d'honorabilité mis en place par le Ministère*

Mme  Mr

Nom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \* \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité :  Française  Etrangère : .....

Commune de naissance : \* \_\_\_\_\_ CP : \* \_\_\_\_\_

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

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)

Handicaps neurologiques évolutifs :  
 maladies génétiques dégénératives  
 sclérose en plaque (SEP)

Handicaps visuels :  
 malvoyant  
 non-voyant

Handicaps auditifs  
 malentendant  
 sourd

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  
 troubles cardio-vasculaires  
 troubles respiratoires  
 maladies chroniques (diabète, leucémie,...)  
 troubles des apprentissages moteurs (dyspraxie, ...)  
 handicap mental  
 autres

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...) ?

Nom & coordonnées

Handicap

## La licence

Type de licence	<input type="checkbox"/> Compét. + 20 ans	66 €	Sport pratiqué (obligatoire) : .....
	<input type="checkbox"/> Compét. - 20 ans	29 €	
	<input type="checkbox"/> Cadre	29 €	Fonction : .....
	<input type="checkbox"/> Loisir	29 €	Sport : .....
	<input type="checkbox"/> Etablissement	de 17 à 8 €	Sport(s) pratiqué(s) : 1er (obligatoire) : .....
			2eme (facultatif) : .....

## Le certificat médical (obligatoire sauf pour les cadres non pratiquants)

Certificat médical de non contre-indication datant de moins d'un an	⇒	Date : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
		Nom du médecin : .....										
+ pour les <u>compétiteurs déficients visuels</u> : date du certificat de non contre-indication ophtalmologique	⇒	Date : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
		Nom du médecin : .....										

## Assurance

Je soussigné(e )

Déclare avoir :

- pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence Fédération Française Handisport et de leur coût,
  
- pris connaissance du bulletin d'adhésion « SPORTMUT » permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires

**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.

**Signature du licencié (ou du représentant légal pour les mineurs) :**