

## AFFILIATION CLUB 2021-2022

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

.....

**Obligatoire**

N° RNA

-----

N° SIRET

-----

### Siège social

Adresse :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_

Ville :

\_\_\_\_\_

Tél. :

\_\_\_\_\_

Portable :

\_\_\_\_\_

@

E-mail (obligatoire) : .....

Site internet : .....

Les informations ci-dessus apparaîtront sur notre site internet, rubrique "où pratiquer ?"

### Site de pratique principal :

cochez s'il s'agit des mêmes informations que le siège social

Adresse :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CP :

\_\_\_\_\_

Ville :

\_\_\_\_\_

### Sports pratiqués :

Athlétisme

Aviron

Badminton

Basket-ball

Billard

Boccia

Bowling

Boxe

Canoë-Kayak

Cyclisme handcycle

Cyclisme solo

Cyclisme tandem

Cyclisme tricycle

Danse

Haltérophilie

Equitation

Escalade

Escrime

Football à 5 (DV)

Football à 11 (sourds)

Foot fauteuil électrique

Football amputés

Futsall

Goalball / Torball

Golf

Gymnastique

Handball

Hockey sur glace

Hockey sur gazon

Judo

Karaté

Musculation

Natation

Plongée sous marine

Randonnée FTT

Randonnée Joëlette

Randonnée pédestre

Roller

Rugby

Rugby XIII

Sarbacane

Showdown

Ski alpin

Ski nautique

Ski de fond / Biathlon

Snowboard

Pétanque

Taekwondo / Tai chi

Tennis

Tennis de Table

Tir à l'arc

Tir sportif

Triathlon

Voile

Volley-ball

### Votre capacité

#### d'accueil :

#### Handicap physique :

debout

fauteuil manuel

fauteuil électrique

#### Handicap sensoriel :

déficient visuel

sourd

Autres : .....



### Engagement de la structure :

J'autorise       Je n'autorise pas la FFH à afficher les coordonnées de ma structure sur son site internet.

- Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

- Je m'engage à respecter les statuts et règlements fédéraux et en particulier à délivrer une licence à tous les pratiquants en situation de handicap de ma structure.

- Je m'engage à informer la FFH par écrit de tout changement ou modification en joignant les pièces justificatives.

Fait à : .....

Le : | | | | | | | |

Signature du président :

Cachet de la structure :

### Pièces à joindre :

- ce formulaire d'affiliation,
- les demandes de licences,
- le récapitulatif des règlements,
- un chèque ou le mandat de prélèvement + Rib,
- une copie des statuts mis à jour,
- une copie du récépissé de déclaration en préfecture.

Retrouvez ces informations dans notre notice Affiliation-Licences.

## Bureau de l'association

\* Champs obligatoires pour les cadres de l'association pour le contrôle d'honorabilité mis en place par le Ministère

### Président(e)

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 utiliser mon email dans le cadre de sa communication fédérale (actualités, newsletters, Le Mag', offres partenaires)

### Trésorier(e)

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 utiliser mon email dans le cadre de sa communication fédérale (actualités, newsletters, Le Mag', offres partenaires)

## Secrétaire Général

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 utiliser mon email dans le cadre de sa communication fédérale (actualités, newsletters, Le Mag', offres partenaires)

## Correspondant Licences

Indiquez si s'agit des mêmes coordonnées que :  le Président(e)  le Trésorier(e)  le Secrétaire

Si non, remplissez la formulaire ci-dessous :

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 utiliser mon email dans le cadre de sa communication fédérale (actualités, newsletters, Le Mag', offres partenaires)

## 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><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
		Nom du médecin : .....										
+ <u>pour les 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><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><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) :**

**RECAPITULATIF DES REGLEMENTS**

	Prix unitaire		Quantité	=	Total
Licence Compétition + 20 ans .....	66€	X	<input type="text"/>	=	<input type="text"/> €
Licence Compétition - 20 ans .....	29€	X	<input type="text"/>	=	<input type="text"/> €
Licence Cadre ..... <i>2 premières licences Cadre offertes</i>	29€	X	<input type="text"/>	=	<input type="text"/> €
Licence Loisir .....	29€	X	<input type="text"/>	=	<input type="text"/> €
Licence Etablissement (tarif dégressif) .....	<input type="text"/> €	X	<input type="text"/>	=	<input type="text"/> €
Affiliation avant le 30/11/2021 .....				+	<input type="text"/> 145 €
Affiliation après le 01/12/2021 .....				+	<input type="text"/> 150 €
			<b>Montant total à payer</b>	=	<input type="text"/> €

Remarques :



Joindre à ce document : un chèque global à l'ordre de la FFH ou le mandat de prélèvement SEPA ainsi qu'un RIB

Nom du responsable :

Date :

Signature :

Cachet :