# FORMULAIRE LICENCE INDIVIDUELLE SAISON 2019-2020

***Ce formulaire doit être rempli, signé, accompagné du certificat médical et/ou du questionnaire santé.***

***L'ensemble de ces documents doit être conservé par le club.***

## RÉGION NORMANDIE

**Nom du club FFSA :** ..... **N° d'affiliation FFSA :** .....

### *Identité et type de licence*

Civilité : ☐ Madame ☐ Monsieur

N° de licence FFSA : .....
*(Dans le cas d'un renouvellement uniquement)*

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Nationalité : .....

Adresse : ..... CP : ..... Ville : .....

E-Mail : .....

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ | Licence Adulte - compétitive[1][3] | 31 € | (dont quote-part régionale : 6 €) |
| ☐ | Licence Adulte - non compétitive[1] [3] | 31 € | (dont quote-part régionale : 6 €) |
| ☐ | Licence Jeune - compétitive[1] [3] | 24 € | (dont quote-part régionale : 4 €) |
| ☐ | Licence Jeune - non compétitive[1] [3] | 24 € | (dont quote-part régionale : 4 €) |
| ☐ | Licence Dirigeant ou Bénévole | 29 € | (dont quote-part régionale : 4 €) |
| ☐ | Licence Autre pratiquant [1] [2] [3] | 29 € | (dont quote-part régionale : 4 €) |
| ☐ | Licence Officiel, Juge et arbitre [4] | 0 € | |

Qualification(s) FFSA obtenue(s) *(arbitre, juge, juge-arbitre, marqueur, informatique, officiel, chronométreur, escorte, médiateur de jeu …)* :
.....

Discipline(s) sportive(s) : ..... Date(s) d'obtention(s) :.....

(1) La licence FFSA compétitive ou non-compétitive s'adresse exclusivement aux personnes en situation de handicap mental et/ou psychique *accueillies dans un établissement ou service spécialisé du milieu sanitaire, médico-social, social ou de l'éducation nationale, dont l'objet est l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de handicap mental ou psychique (IME, IMPro, ESAT, Foyer occupationnel, FAM, MAS, foyer de vie pour personnes en situation de handicap mental ou de handicap psychique, SAMSAH psychiatrique, SESSAD, Hôpital de jour de psychiatrie et pédopsychiatrie, GEM spécialisé dans l'accueil de personnes handicapées psychiques, CLIS, ULIS, ITEP, MECS...),*.Au besoin, une attestation de l'établissement ou la structure pourra être demandée par les instances fédérales.
(2) La licence Autre pratiquant, s'adressant aux personnes qui ne sont pas en situation de handicap mental et/ou psychique et nécessite un certificat médical.
(3) Certificat médical obligatoire.
(4) Certificat médical obligatoire pour tous les officiels en sports collectifs et ski (hors Officiels de table de marque).

### *Médical*

**Date du certificat médical :** ..... **/** ..... **/ 20**.....

☐ Avec contre-indication ☐ Sans contre-indication

**Pratique en compétition** ☐ OUI ☐ NON

**Les responsables de l'association sportive ou, si nécessaire, la FFSA, sont autorisés à prendre toutes décisions d'ordre médical et chirurgical, en cas d'accident sérieux nécessitant une intervention urgente.**

### *Droit à l'image*

**Autorisation de l'exploitation de l'image du licencié sur tous supports de communication :**

☐ OUI ☐ NON

### *Assurance*

**Attention : L'assurance Responsabilité civile couvrant les activités physiques et sportives est obligatoire mais non imposée par la FFSA.** La garantie accidents corporels est **facultative mais vivement recommandée**.

**J'ai pris connaissance de la présente police d'assurance et je souscris à l'assurance suivante :**

(Cochez l'assurance souhaitée ci-dessous)

| ☐ Avec RC fédérale et assistance MAIF | ☐ Sans RC fédérale | ☐ B1 (RC comprise) | ☐ B2 (RC comprise) | ☐ B3 (RC comprise) |
|---|---|---|---|---|
| 0,95 € | (1) | 2,00 € | 5,00 € | 11,00 € |

(1) **Si vous ne souhaitez pas souscrire à la RC fédérale, merci de faire parvenir à votre club votre attestation d'assurance mentionnant qu'elle couvre les activités physiques et sportives pratiquées dans le cadre de la FFSA.**

Je soussigné(e) président (e) du club certifie l'exactitude des informations portées ci-dessus, notamment celles relatives aux indications médicales.

Date : .....

Signature du (de la) président(e) et cachet du club

Je souhaite adhérer à la FFSA et pratiquer des activités sportives adaptées correspondant à mes choix. Je déclare également avoir pris connaissance du présent formulaire composé de 4 pages et j'en accepte ses conditions.

Date : .....

Signature du sportif

Je déclare avoir pris connaissance du présent formulaire composé de 4 pages et j'en accepte ses conditions.

Date : .....

Signature de son représentant légal

# Notice individuelle dommages corporels à l'attention des licenciés de la FFSA

Saison sportive 2019 - 2020

**La Fédération Française du Sport Adapté attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.**

**Cette notice vous est remise par l'association sportive dont vous êtes adhérent afin de vous informer des garanties d'assurance de personnes souscrites par La Fédération Française du Sport Adapté, ainsi que des formalités à accomplir en cas de sinistre.**

## SYNTHESE DES GARANTIES ASSURANCES DE PERSONNES DU CONTRAT FEDERAL N° 4229349R

### LA GARANTIE ACCIDENTS CORPORELS

| Evènement | Option B1 (garantie de base) | Option B2 | Option B3 |
|---|---|---|---|
| **Décès accidentel** | 20 000 € | 20 000 € | 50 000 € |
| **Incapacité permanente totale (réduction partiellement selon le taux d'invalidité), sous déduction d'une franchise relative IPP ≤ 5% [1]** | 50 000 € porté à 100 000 € si le taux d'invalidité est supérieur à 50 % | 50 000 € porté à 100 000 € si le taux d'invalidité est supérieur à 50 % | 100 000 € porté à 153 000 € si le taux d'invalidité est supérieur à 50 % |
| | Un taux d'invalidité permanente supérieur ou égal à 66% donnera lieu au versement de 100% du capital | | |
| **Indemnités journalières franchise 7 jours Indemnisation maximum 365 jours** | Non garanties | 35 € / jour | 35 € / jour |
| **Frais médicaux** | 5 000 € dont 500 € pour le bris de lunettes et 300 € par dent pour les frais de réparation ou remplacement de prothèse existante | | |
| **Forfait hospitalier** | A concurrence des frais réels avec un maximum de 3 000 € | | |
| **Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive** | 3 000 € | | |

1 Au titre de la garantie Invalidité Permanente, nous ne prenons en charge que les sinistres supérieurs ou égaux à 5% d'invalidité.

### LA GARANTIE ACCIDENTS CORPORELS SPORTIF DE HAUT NIVEAU

| | Plafond de Garantie | Franchise |
|---|---|---|
| **Capital Décès** | 100 000 € | Néant |
| **Capital invalidité** | L'indemnité est calculée en multipliant le taux d'invalidité (IPP), déterminé lors de la consolidation de l'assuré par le capital défini ci-dessous à l'exception d'un taux d'invalidité > 66 % qui donnera lieu au versement de 100 % du capital | Relative IPP <= 5% |
| **IPP < 50 %** | 300 000 € | |
| **IPP > 50 %** | 600 000 € | |
| **Frais de soins de santé (médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation)** | 10 000 € par accident<br>Dont bris de lunettes : 500 €<br>Dont prothèse dentaire ou remplacement de prothèse existante : 500 €<br>Dont prothèse auditive : 1500 € par appareil | Néant |
| **Indemnités journalières** | 35 € par jour (max 365 jours) | Franchise de 7 jours |
| **Forfait journalier hospitalier** | A concurrence des frais réels avec un maximum de 30 000 € | Néant |
| **Centre de rééducation traumatologique sportive** | 10 000 € par accident | Néant |
| **Sinistre collectif** | 5 000 000 € quel que soit le nombre de victimes | Néant |

### PRINCIPALES EXCLUSIONS

**Sont exclus des garanties :**

- **Les dommages résultant de la faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré, ou de sa participation active à un acte illicite constituant un crime ou un délit intentionnel.**
- **Les conséquences pouvant résulter de soins reçus, traitements suivis ou d'interventions chirurgicales non consécutifs à un accident corporel garanti.**
- **Les affections ou lésions de toute nature qui ne sont pas la conséquence de l'événement accidentel déclaré ou qui sont imputables à une maladie connue ou inconnue du bénéficiaire des garanties.**

**Sont notamment réputées relever d'une maladie, les lésions internes suivantes :**

**– les affections musculaires, articulaires, tendineuses et discales, telles que pathologies vertébrales, ruptures musculaires et tendineuses,**

**– les affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales,**

**– les affections virales, microbiennes et parasitaires.**

**Lorsqu'ils ne sont pas consécutifs à un état antérieur connu ou inconnu du bénéficiaire des garanties, demeurent toutefois couverts les ruptures tendineuses survenues à l'occasion des activités sportives, ainsi que les malaises cardiaques ou vasculaires cérébraux survenus au cours de cette activité ou pendant la phase de récupération.**

## OBLIGATION DE L'ASSURE EN CAS DE SINISTRE

Afin de nous permettre d'instruire votre dossier, nous vous demandons de :

- Nous déclarer le sinistre dans les 5 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance.
- Nous indiquer dans votre déclaration :
  - la date, le lieu, les circonstances et les causes connues ou supposées du sinistre,
  - La nature et le montant approximatif des dommages,
  - les références des autres contrats susceptibles d'intervenir,
  - Les coordonnées de l'auteur responsable s'il y a lieu et, si possible, des témoins en indiquant si un PV ou un constat a été établi.
- Nous faire parvenir dans les 8 jours à compter du sinistre, un certificat médical indiquant la nature des lésions et leurs conséquences probables.

## CONTACTS

| **Pour adresser vos déclarations de sinistre** | **En cas d'assistance rapatriement** |
|---|---|
| **A la FFSA – Service licences**<br>**3 rue Cépré 75015 PARIS**<br>**01 42 73 90 05**<br>**licence@ffsa.asso.fr** | **MAIF ASSISTANCE 7j/7 24h/24**<br>**Au 0800 875 875 si vous êtes en France**<br>**Au +33 5 49 77 47 78, si vous êtes à l'étranger**<br>**Préparez votre appel en précisant le numéro de contrat de la FFSA 4229349R, l'adresse et le numéro de téléphone où MAIF Assistance peut vous joindre.**<br>**Précisez l'objet de votre appel : nom, prénom et date de naissance des personnes concernées, le cas échéant nature des blessures ou de la maladie, adresse et numéro de téléphone de l'établissement hospitalier et du médecin traitant.**<br>**Attention, aucune prestation d'assistance n'est prise en charge sans l'accord préalable de MAIF Assistance.** |
| **Pour tous renseignements concernant le contrat Fédéral N° 4229349R** | |
| **Centre de gestion spécialisée**<br>**Associations & Collectivités de Nancy**<br>**Groupe MAIF - Gestion spécialisée - 79018 Niort cedex 9**<br>**gestionspecialisee@maif.fr**<br>**Téléphone : 03 83 39 76 26** | |

# INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNÉES COLLECTÉES DANS LE CADRE DU FORMULAIRE LICENCE DE LA FFSA

Les informations recueillies sur le formulaire licence à savoir, l'identité de la personne désireuse d'obtenir une licence (nom, prénom, nationalité, date de naissance, adresse postale, adresse de messagerie électronique) ; sont enregistrées d'une part, par l'association à des fins de saisie de la licence et d'autre part, par la **Fédération Française du Sport Adapté (FFSA)** dans un fichier informatisé et, de ce fait, permettant la pratique d'une activité physique et sportive en compétition ou non, proposée au sein de la FFSA.

Les bases juridiques des informations recueillies sont les suivantes :

| Nature des données | Base juridique |
|---|---|
| **Identité de la personne** | Article L. 131-3 du Code du sport et article 10 du règlement intérieur de la FFSA |
| **Certificat médical avec absence ou non de contre-indication et questionnaire santé** | Article L. 231-2 et suivants du Code du sport |
| **Droit à l'exploitation de l'image du sportif** | Article 20 du règlement intérieur de la FFSA |
| **Assurance** | Article L.321-1 et suivants du Code du sport |

Elles sont conservées pendant la durée contractuelle de la licence soit, à raison d'une saison sportive par l'association concernée et dans le fichier informatisé. Cette durée peut être prorogée dans le cas d'un renouvellement de licence. Le dossier du sportif est également conservé à des fins d'archivage pendant une durée de 10 ans au maximum à compter du non renouvellement de sa licence.

Ces informations sont destinées au service licence de la FFSA établi au sein du siège de la FFSA dont l'adresse est la suivante : 3, rue Cépré – 75015 Paris.

Conformément à la loi n°78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés en date du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier ou les faire supprimer en contactant d'une part, l'association qui a saisi votre licence sur l'espace dédié à cet effet et d'autre part, le service licence de la FFSA : licence@ffsa.asso.fr.

Les coordonnées du Délégué à la Protection des Données au sein de la FFSA sont les suivantes :
Richard MAGNETTE
FFSA
3 rue Cépré
75015 PARIS
communication@ffsa.asso.fr