

# Saison 2020/2021

## CRÉATION DE LICENCE

**Nom de l'association :**

### Le licencié

**Nom & coordonnées**

Mme Mlle Mr Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Française

Etrangère :

Adresse :

(Facultatif)

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)

**Handicap**

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

Handicaps visuels :  
malvoyant  
non-voyant

Handicaps auditifs  
malentendant  
sourd  
(pas d'audition sans appareillage)

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  
personnes âgées  
troubles cardio-vasculaires  
troubles respiratoires  
maladies chroniques  
(diabète, leucémie, mucoviscidose,....)  
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...) ?

### La licence

**Type de licence**

Compét. + 20 ans

66 €

Sport pratiqué  
(obligatoire) :

Compét. - 20 ans

29 €

Cadre

29 €

Pratiquant

Fonction :

Non pratiquant

Sport :

Loisir

29 €

Sport(s) pratiqué(s) :

1er (obligatoire) :

Etablissement

de 17 à  
8 €

2e (facultatif) :

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

Certificat médical de non contre-indication datant de moins  
d'un an



Date :

Nom du médecin :

+ pour les compétiteurs déficients visuels : date du certificat  
de non contre-indication ophtalmologique



Date :

Nom du médecin :

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



# ASSURANCE

- A lire, remplir et signer -

Nom du licencié :

*Nom et Prénom du demandeur ou du représentant légal*

Je soussigné(e),  
Déclare avoir :

- Reçu et pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence Fédération Française Handisport et de leur coût,
- Reçu et pris connaissance du bulletin d'adhésion « SPORTMUT » permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires à l'assurance « accidents corporels de base » auprès de la Mutuelle des Sportifs.

**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.

Fait le :

Signature :

A :