

Déjà adhérent sur la saison 2018 – 2019

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____

Adresse domicile : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél fixe : _____ Tél portable : _____

Mail : _____

Etablissement fréquenté : _____

N° licence sport adapté : _____

Je souhaite être membre de l'association Nouvel Envol 05 afin de participer aux activités de l'association dont le siège se trouve : 7, rue des rémouleurs - ZI d'Entraigues 1 - 05200 EMBRUN.

 J'autorise Nouvel Envol 05 à prendre, publier ou diffuser des photos de _____

- sur le site Internet ou dans les brochures de l'association : oui non

- sur le Facebook de l'association : oui non

 J'autorise les responsables à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, intervention chirurgicale, hospitalisation, etc.) rendues nécessaires par l'état de _____

oui non

Je joins un chèque de 15 euros pour la cotisation annuelle.

A _____ Le _____

Signature du membre :

Autorisation pour les mineurs et personnes sous tutelles

Je soussigné(e), père, mère, tuteur légal (entourez la mention correspondante) de :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél fixe : _____ Tél portable : _____

Mail : _____

 Autorise _____ à participer à toutes les activités proposées : oui non

Si non, lesquelles : _____

 Autorise Nouvel Envol 05 à prendre, publier ou diffuser des photos de _____

- sur le site Internet ou dans les brochures de l'association : oui non

- sur le Facebook de l'association : oui non

 Autorise les responsables à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, intervention chirurgicale, hospitalisation, etc.) rendues nécessaires par l'état de _____

oui non

A _____ Le _____

Signature du membre :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : _____ PRENOM : _____

MEDICAL

Médecin traitant : _____ Ville : _____ Tel. : _____
Traitement : Matin _____ Midi : _____ Soir : _____

	OUI	NON	REMARQUES
PROBLEME MOTEUR			
DEFICIT SENSORIEL			
APPAREIL AUDITIF			
LUNETTES / LENTILLES			
PROTHESE DENTAIRE			
EPILEPSIE			
EPILEPSIE STABILISEE			
ASTHME			
SOINS INFIRMIER			
CONTRE INDICATIONS MEDICALES			

REMARQUES PARTICULIERES : _____

VIE QUOTIDIENNE & ALIMENTATION

	SEUL	AVEC AIDE	NON
PREND SA DOUCHE			
SE LAVE LES DENTS			
SE RASE			
S'HABILLE			
VA AUX TOILETTES			
GERE SON LINGE SALE			
MANGE			
GERE SES QUANTITES ALIMENTAIRES			
GERE SON ARGENT DE POCHE			

	OUI	NON
MIXER LES ALIMENTS		
ALLERGIES ALIMENTAIRES		
Préciser :		
REGIME ALIMENTAIRE		
Préciser :		
CONSOMME DE L'ALCOOL OCCASIONNELLEMENT		
FUME		
A quelle fréquence :		
ENURESIE		
ENCOPRESIE		

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

HEURE HABITUELLE DU COUCHER : _____

DU LEVER : _____

PERIODE HABITUELLE DE DOUCHE : MATIN SOIR INDIFFERENTAUTRES INFORMATIONS : _____

_____HABITUDES NOCTURNES DE L'ADHERENT (réveil en cas d'énurésie, appareillage, etc.) : _____

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : _____ PRENOM : _____

APTITUDES A COMMUNIQUER

	OUI	NON
S'EXPRIME PAR LE LANGAGE		
S'EXPRIME PAR GESTES		
S'EXPRIME PAR CRIS		
DIFFICULTES DE COMPREHENSION		

	OUI	NON	AVEC AIDE
SAIT LIRE			
SAIT ECRIRE			
SAIT TELEPHONER			
SAIT EXPRIMER SES CHOIX			

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES : _____

COMPORTEMENT SOCIAL

	OUI	NON
AGRESSIVITE VERBALE ENVERS LES AUTRES		
AGRESSIVITE PHYSIQUE ENVERS LUI-MÊME		
AGRESSIVITE PHYSIQUE ENVERS LES AUTRES		
A DES RITUELS		

	OUI	NON
CLEPTOMANE		
TENDANCE A S'ISOLER		
TENDANCE A FUGUER		

Préciser :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

COMPORTEMENT EN GROUPE	
COMPORTEMENT EN MILIEU INCONNU	
COMPORTEMENT AVEC LES EDUCATEURS	
AUTRES INFORMATIONS	

OBJECTIFS A TRAVAILLER : _____

POINTS SUR LESQUELS IL EST NECESSAIRE D'ETRE VIGILANT : _____

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : _____ PRENOM : _____

SORTIES & DEPLACEMENTS

	OUI	NON
SORT SEUL		
SORT EN PETIT GROUPE		
S'ADAPTE AUX MILIEUX NOUVEAUX		
SAIT SE REPERER DANS L'ESPACE		
SAIT SE REPERER DANS LE TEMPS		
BESOIN D'UNE SURVEILLANCE PARTICULIERE		
CONSCIENT DU DANGER		

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES : _____

ACTIVITES

	OUI	AVEC AIDE	NON
BAIGNADE AUTORISEE			
SAIT NAGER			
SAIT FAIRE DU VELO			
VOLONTAIRE POUR LES ACTIVITES			
A BESOIN D'ETRE STIMULE			
PRATIQUE REGULIEREMENT UN SPORT			

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES : _____

CAPACITES PHYSIQUES

	OUI	NON
SE FATIGUE VITE		
MARCHE AISEMENT		
MARCHE AVEC UNE AIDE PONCTUELLE D'UN TIERS		
PEUT DESCENDRE ET MONTER LES ESCALIERS		

	OUI	NON
PEUT DORMIR EN LIT SUPERPOSE		
CHAUSSURES SPECIFIQUES		
CANNE		
DEAMBULATEUR		
FAUTEUIL ROULANT		

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES : _____

ATTESTATION

Je soussigné(e) _____ en qualité de (entourer le terme correspondant) mère / père / tuteur de _____ avoir rempli son dossier, certifie l'exactitude des renseignements y figurant, et m'engage à signaler tout changement dans ces informations avant toute prestation.

Documents à fournir :



COPIE DE LA CARTE D'INVALIDITE

ATTESTATION d'ASSURANCE PERSONNELLE

CERTIFICAT MEDICAL (ci-joint)

ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE

CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES ADAPTEES
DUREE DE VALIDITE : 3 ANS

Je soussigné(e), Docteur : _____

Certifie que M., Mme, Mlle :

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____

Ne présente pas de contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives adaptées.

Restriction ou remarques éventuelles : _____

Fait à _____ Le _____

Signature et cachet du médecin :

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 PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

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 :

<input type="checkbox"/>	Licence Adulte - compétitive ⁽¹⁾⁽³⁾	35 €	(dont quote-part régionale : 10 €)
<input type="checkbox"/>	Licence Adulte - non compétitive ^{(1) (3)}	35 €	(dont quote-part régionale : 10 €)
<input type="checkbox"/>	Licence Jeune - compétitive ^{(1) (3)}	26 €	(dont quote-part régionale : 6 €)
<input type="checkbox"/>	Licence Jeune - non compétitive ^{(1) (3)}	26 €	(dont quote-part régionale : 6 €)
<input type="checkbox"/>	Licence Dirigeant ou Bénévole	35 €	(dont quote-part régionale : 10 €)
<input type="checkbox"/>	Licence Autre pratiquant ^{(1) (2) (3)}	35 €	(dont quote-part régionale : 10 €)
<input type="checkbox"/>	Licence Officiel, Juge et arbitre ⁽⁴⁾	0 €	

Qualification(s) FFSA obtenue(s) (arbitre, juge, juge-arbitre, marqueur, informatique, officiel, chronométrateur, 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.

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

OUI NON

Droit à l'image

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)

<input type="checkbox"/> Avec	<input type="checkbox"/> Sans	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> B3
RC fédérale et assistance MAIF	RC fédérale	(RC comprise)	(RC comprise)	(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.

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.

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

Date :

Date :

Date :

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

Signature du sportif

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 Dont bris de lunettes : 500 € Dont prothèse dentaire ou remplacement de prothèse existante : 500 € 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
<p data-bbox="320 1395 624 1585">A la FFSA – Service licences 3 rue Cépré 75015 PARIS 01 42 73 90 05 licence@ffsa.asso.fr</p>	<p data-bbox="1007 1274 1350 1303">MAIF ASSISTANCE 7j/7 24h/24</p> <p data-bbox="962 1330 1398 1359">Au 0800 875 875 si vous êtes en France</p> <p data-bbox="927 1386 1434 1415">Au +33 5 49 77 47 78, si vous êtes à l'étranger</p> <p data-bbox="857 1442 1505 1525">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.</p> <p data-bbox="847 1532 1514 1648">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.</p> <p data-bbox="879 1655 1485 1711">Attention, aucune prestation d'assistance n'est prise en charge sans l'accord préalable de MAIF Assistance.</p>
<p data-bbox="437 1733 1214 1762">Pour tous renseignements concernant le contrat Fédéral N° 4229349R</p>	
<p data-bbox="512 1789 1139 2036">Centre de gestion spécialisée Associations & Collectivités de Nancy Groupe MAIF - Gestion spécialisée - 79018 Niort cedex 9 gestionspecialisee@maif.fr Téléphone : 03 83 39 76 26</p>	

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