

Nom de l'association :

Le licencié													
Nom & coordonnées	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mr Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère : Adresse : _____ (Facultatif) CP : _____ Ville : _____ Tél. : _____ E-mail : _____@..... (Obligatoire)												
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Handicaps neurologiques évolutifs : <input type="checkbox"/> maladies génétiques dégénératives <input type="checkbox"/> sclérose en plaque (SEP) </td> <td style="width: 33%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Handicaps visuels : <input type="checkbox"/> malvoyant <input type="checkbox"/> non-voyant </td> <td style="width: 33%; border: none;"> <input type="checkbox"/> Handicaps auditifs <input type="checkbox"/> malentendant <input type="checkbox"/> sourd <input type="checkbox"/> (pas d'audition sans appareillage) </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Handicaps neuro d'origine périphérique : <input type="checkbox"/> Poliomyélite <input type="checkbox"/> atteinte des nerfs <input type="checkbox"/> maladies neuro-musculaires <input type="checkbox"/> (polynévrites, polyradiculonévrites, ...) </td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Handicaps orthopédiques : <input type="checkbox"/> amputation ou agénésie membre(s) inférieur(s) <input type="checkbox"/> amputation ou agénésie membre(s) supérieur(s) <input type="checkbox"/> Raideur articulaire/malformation <input type="checkbox"/> Fragilités osseuses <input type="checkbox"/> Personne de petite taille <input type="checkbox"/> Paraplégie <input type="checkbox"/> Tétraplégie <input type="checkbox"/> Spina bifida </td> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> obésité <input type="checkbox"/> personnes âgées <input type="checkbox"/> troubles cardio-vasculaires <input type="checkbox"/> troubles respiratoires <input type="checkbox"/> maladies chroniques <input type="checkbox"/> (diabète, leucémie, mucoviscidose,....) <input type="checkbox"/> troubles des apprentissages moteurs (dyspraxie, ...) </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> Lésions cérébrales : <input type="checkbox"/> paralysie cérébrale (IMC) <input type="checkbox"/> dues à un AVC <input type="checkbox"/> dues à un traumatisme crânien <input type="checkbox"/> autres causes <input type="checkbox"/> (anexie, infection, tumeur, autre) </td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <input type="checkbox"/> VALIDE <input type="checkbox"/> A besoin d'une tierce personne dans les gestes de la vie quotidienne (habillage, toilette, etc...) ? </td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Handicaps neurologiques évolutifs : <input type="checkbox"/> maladies génétiques dégénératives <input type="checkbox"/> sclérose en plaque (SEP)	<input type="checkbox"/> Handicaps visuels : <input type="checkbox"/> malvoyant <input type="checkbox"/> non-voyant	<input type="checkbox"/> Handicaps auditifs <input type="checkbox"/> malentendant <input type="checkbox"/> sourd <input type="checkbox"/> (pas d'audition sans appareillage)	<input type="checkbox"/> Handicaps neuro d'origine périphérique : <input type="checkbox"/> Poliomyélite <input type="checkbox"/> atteinte des nerfs <input type="checkbox"/> maladies neuro-musculaires <input type="checkbox"/> (polynévrites, polyradiculonévrites, ...)	<input type="checkbox"/> Handicaps orthopédiques : <input type="checkbox"/> amputation ou agénésie membre(s) inférieur(s) <input type="checkbox"/> amputation ou agénésie membre(s) supérieur(s) <input type="checkbox"/> Raideur articulaire/malformation <input type="checkbox"/> Fragilités osseuses <input type="checkbox"/> Personne de petite taille <input type="checkbox"/> Paraplégie <input type="checkbox"/> Tétraplégie <input type="checkbox"/> Spina bifida	<input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> obésité <input type="checkbox"/> personnes âgées <input type="checkbox"/> troubles cardio-vasculaires <input type="checkbox"/> troubles respiratoires <input type="checkbox"/> maladies chroniques <input type="checkbox"/> (diabète, leucémie, mucoviscidose,....) <input type="checkbox"/> troubles des apprentissages moteurs (dyspraxie, ...)	<input type="checkbox"/> Lésions cérébrales : <input type="checkbox"/> paralysie cérébrale (IMC) <input type="checkbox"/> dues à un AVC <input type="checkbox"/> dues à un traumatisme crânien <input type="checkbox"/> autres causes <input type="checkbox"/> (anexie, infection, tumeur, autre)			<input type="checkbox"/> VALIDE <input type="checkbox"/> A besoin d'une tierce personne dans les gestes de la vie quotidienne (habillage, toilette, etc...) ?		
	<input type="checkbox"/> Handicaps neurologiques évolutifs : <input type="checkbox"/> maladies génétiques dégénératives <input type="checkbox"/> sclérose en plaque (SEP)	<input type="checkbox"/> Handicaps visuels : <input type="checkbox"/> malvoyant <input type="checkbox"/> non-voyant	<input type="checkbox"/> Handicaps auditifs <input type="checkbox"/> malentendant <input type="checkbox"/> sourd <input type="checkbox"/> (pas d'audition sans appareillage)										
	<input type="checkbox"/> Handicaps neuro d'origine périphérique : <input type="checkbox"/> Poliomyélite <input type="checkbox"/> atteinte des nerfs <input type="checkbox"/> maladies neuro-musculaires <input type="checkbox"/> (polynévrites, polyradiculonévrites, ...)	<input type="checkbox"/> Handicaps orthopédiques : <input type="checkbox"/> amputation ou agénésie membre(s) inférieur(s) <input type="checkbox"/> amputation ou agénésie membre(s) supérieur(s) <input type="checkbox"/> Raideur articulaire/malformation <input type="checkbox"/> Fragilités osseuses <input type="checkbox"/> Personne de petite taille <input type="checkbox"/> Paraplégie <input type="checkbox"/> Tétraplégie <input type="checkbox"/> Spina bifida	<input type="checkbox"/> Autres : <input type="checkbox"/> obésité <input type="checkbox"/> personnes âgées <input type="checkbox"/> troubles cardio-vasculaires <input type="checkbox"/> troubles respiratoires <input type="checkbox"/> maladies chroniques <input type="checkbox"/> (diabète, leucémie, mucoviscidose,....) <input type="checkbox"/> troubles des apprentissages moteurs (dyspraxie, ...)										
	<input type="checkbox"/> Lésions cérébrales : <input type="checkbox"/> paralysie cérébrale (IMC) <input type="checkbox"/> dues à un AVC <input type="checkbox"/> dues à un traumatisme crânien <input type="checkbox"/> autres causes <input type="checkbox"/> (anexie, infection, tumeur, autre)												
<input type="checkbox"/> VALIDE <input type="checkbox"/> A besoin d'une tierce personne dans les gestes de la vie quotidienne (habillage, toilette, etc...) ?													

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 €	<input type="checkbox"/> Praticant <input type="checkbox"/> Non pratiquant	Fonction : Sport :
	<input type="checkbox"/> Loisir	29 €	Sport(s) pratiqué(s) : 1er (obligatoire) : 2e (facultatif) :	
	<input type="checkbox"/> Etablissement	de 17 à 8 €		

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 :
→ J'atteste avoir remis à mon association le certificat médical datant de moins d'un an et attestant l'absence de contre-indication à la pratique de la (des) disciplines(s) sportive(s) pour laquelle (lesquelles) la licence est sollicitée.	
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 : _____

Nom de l'association / la structure :

	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	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 / Adhésion				+	<input type="text"/> 95 €
			Montant total à payer	=	<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 :



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence Unique de Mandat (RUM) :

En signant ce formulaire, vous autorisez la Fédération Française Handisport à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Fédération Française Handisport. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passé avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Nom et adresse du débiteur

Nom :

Adresse :

CP : Ville :

Pays :

Désignation du compte à débiter

IBAN - Numéro d'identification international du compte bancaire

BIC - Indentifiant international de l'établissement bancaire

Type de paiement

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

Créancier

Nom : FEDERATION FRANCAISE HANDISPORT

Adresse : 42 RUE LOUIS LUMIERE - 75020 PARIS

ICS - Identifiant Créancier SEPA : FR25FFH594655

Fait à :

Signature :

Le : / /

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à : FFH - Service licences - 42 rue Louis Lumière - 75020 Paris

ou licences@handisport.org