

Saison

2014-2015

Numéro de licence :

(emplacement réservé à la ligue)

Ligue

Comité

Club

Sexe

Adhérent

Club :

## FICHE DE RENSEIGNEMENT

L'adhérent(e) vérifie, complète ou corrige les données présentes, fait remplir le certificat médical par un médecin puis remet le dossier à son club, qui le valide et l'enregistre avant de le transmettre à la ligue pour qualification.

Titre :

 M. Mme

Nom de famille :

Prénom :

Né(e) le :

Ville de naissance :

Nom d'usage :

Nationalité :

Dép. naissance :

Pays de Naissance :

Latéralité :

 Droitier Gaucher Ambidextre

Adresse :

Coordonnées ...

... tél. domicile :

... tél. bureau :

... portable :

... fax :

Taille (en cm) :

CP :

Ville :

Pays :

Email :

 Je ne souhaite pas que mes coordonnées postales puissent être cédées à des partenaires commerciaux. Je souhaite que mon courriel (e-mail) puisse être cédé à des partenaires commerciaux. (si non coché l'adresse email restera réservé exclusivement aux communications fédérales)

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Je reconnais avoir pris connaissance :

- des conditions du contrat d'assurance MMA n°114 246 500 souscrit par la FFHB et être informé(e) de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat de personnes couvrant les dommages corporels auxquels la pratique du handball peut m'exposer. Si je ne souhaite pas souscrire cette assurance de personnes, je coche cette case .
- de la possibilité de souscrire directement auprès de MMA, à titre individuel, une des deux options complémentaires d'assurance.
- des différents tarifs de licence appliqués par la FFHB pour la présente saison sportive.

La présente demande implique l'adhésion pleine et entière aux statuts et règlements de la FFHB

J'atteste être informé(e) que la FFHB, la ligue et/ou le comité dont je relève peuvent être amenés, dans le strict cadre de la promotion et du développement du handball, à utiliser des photographies prises à l'occasion de manifestations organisées par eux et présentant plus de 3 licenciés identifiables. Si je ne souhaite pas que mon image soit utilisée dans le cadre précisé ci-dessus, je coche cette case .

Par la présente, je soussigné(e), représentant légal de l'enfant mineur ou du majeur protégé pour lequel une licence à la FFHB est sollicitée, autorise tout préleveur, agréé par l'agence française de lutte contre le dopage (AFLD) ou missionné par la fédération internationale de handball (IHF), dûment mandaté à cet effet, à procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang, prélèvement de phanères) lors d'un contrôle antidopage sur ledit enfant mineur ou le majeur protégé. Je reconnais avoir pris connaissance qu'un refus de se soumettre à un contrôle est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires (au minimum 2 ans de suspension ferme).

Signature de l'adhérent(e)

Si mineur ou protégé : signature des parents ou du représentant légal

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit, il vous suffit d'écrire au président de la FFHB en fournissant un justificatif d'identité.

## SITUATION ADMINISTRATIVE

à vérifier et compléter par le club

 Renouvellement  Création  Mutation

Licence demandée :

 Joueur Blanche joueur Corpo Avenir Dirigeant Jeune dirigeant Blanche dirigeant Loisir

Si mutation, indicateur :

 A  B  C

Autre(s) qualité(s) éventuelle(s) :

 Entraîneur  Arbitre

En cas de mutation, si l'option n'est pas proposée dans Gest'Hand dans la procédure de création de licence, alors contacter votre ligue avant de poursuivre.

Nom, signature et tampon du club

le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## ENREGISTREMENT PAR LA LIGUE REGIONALE

réservé à la ligue

Cachet de la Poste :

Date de Qualification :

Visa de la ligue :

Fédération Française de Handball - 62 rue Gabriel Péri - 94257 Gentilly Cedex - France - (T) 01 46 15 03 55 - (F) 01 46 15 03 60 - ffbh@handball-france.eu - www.ff-handball.org

## CERTIFICAT MEDICAL

A faire remplir par un médecin

Obligatoire pour les licences « Joueur », « Corpo », « Blanche Joueur », « Loisir » et « Avenir »

Ecrire en MAJUSCULE, SVP.

Je soussigné(e), docteur

certifie avoir examiné ce jour M. - Mme (\*)

né(e) le

dont les données morphologiques sont les suivantes :

Taille = \_\_\_\_ m \_\_\_\_ cm Poids = \_\_\_\_ kg

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique du handball en compétition ou en loisir.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature et tampon du médecin →

(\*) rayez la mention inutile

**A quoi sert le contrat ?** Il s'agit d'une assurance multirisque qui couvre :

- les accidents corporels (individuelle accident) et l'assistance
- la responsabilité Civile des assurés
- la responsabilité Civile personnelle des dirigeants et la déense pénale du dirigeant,
- les dommages aux véhicules des transporteurs bénévoles (licenciés ou non) et dirigeants, sous certaines conditions.

**Pour quelles activités ?** La pratique et l'enseignement du handball et de ses activités dérivées, connexes et complémentaires, les réunions, assemblées, les manifestations culturelles, récréatives, l'administration des structures, etc., ainsi que les déplacements relatifs à ces activités.

**Particulier ?** Les associations sportives affiliées et sociétés sportives, comités, ligues et fédération et tous les licenciés de la FFHB (sous réserve des garanties spécifiques à chaque catégorie).

**Qu ?** Ce contrat produit ses effets dans le monde entier.

**1 / RESPONSABILITE CIVILE (obligatoire)**

Montants	Franchises
Tous dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs ou non	Néant
dont dommages matériels et immatériels consécutifs	Néant
dont dommages immatériels non consécutifs	1 500 € par sinistre
dont atteintes à l'environnement	750 €
Protection juridique (recours et défense)	Néant
Tarifs Assurance Responsabilité Civile	
0,80 € TTC: licence + 16 ans, licence corporative, licence loisir + 16 ans	
0,30 € TTC: licence 9 à 16 ans, licence dirigeant, licence avenir	
0,05 € TTC: licence - 9 ans, licence événementielle ( prise en charge FFHB)	

**2 / AUTRES GARANTIES (facultatives)**

2.1/ assistance voyage en cas d'accident ou maladie (franchise 50km, durée maxi : 1 mois)	
1) Frais de transport : Frais réels	
2) Soins médicaux à l'étranger : 10 000 €	
3) Rapatriement ou transport sanitaire : Frais réels	
4) Retour prématuré : Frais réels	
5) Transport et rapatriement du corps : Frais réels	
6) Retour des autres personnes : Frais réels	
7) Transport d'un membre de la famille : Frais réels- frais d'hôtel 31 €/jour(maxi 10 jours)	
8) Caution pénale : 7 490 €	

TARIFS ASSURANCE - Garanties de base du 01/07/14 au 30/06/15 (Assistance incluse)  
 3,05 € TTC : Assurance licence + 16 ans, licence corporative, licence loisir.  
 1,15 € TTC : Assurance licence 9 à 16 ans, licences dirigeant, licence avenir.  
 0,15 € TTC : Assurance licence - 9 ans, licence événementielle( prise en charge FFHB).

"La non souscription par un licencié au contrat d'assurance collectif souscrit par la FFHB en faveur de ses adhérents doit intervenir lors de l'établissement de la licence dans les conditions prévues par l'article 30.3 des Règlements Généraux."

Déclarations de sinistre, compléments d'informations : consulter [www.ff-handball.org](http://www.ff-handball.org)  
 ASSURANCES DOMMAGES AUX BIENS : AUTOMISSION : CONSULTEUR MMA

**MONTANT DES GARANTIES**

**2.2/ ACCIDENTS CORPORELS**

Garanties de base	Option 1	Option 2	Franchises
Décès < 16 ans : 7 500 € ≥ 16 ans : 15 000 €	< 16 ans : 7 500 € ≥ 16 ans : 30 000 €	< 16 ans : 7 500 € ≥ 16 ans : 45 000 €	Néant
Invalidité permanente (IPP selon %) 60 000 €	120 000 €	180 000 €	IPP ≥ 5%
Frais de traitement/ pharmaceutiques/ chirurgicaux/médicaux 200% du tarif conventionnel de la sécurité sociale sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance	200% du tarif conventionnel de la sécurité sociale sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance	300% du tarif conventionnel de la sécurité sociale sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance	Néant
Hospitalisation Prise en charge intégrale du forfait hospitalier			Néant
Chambre particulière 30 €/ jour, maxi 30 jours			
Frais non remboursable prescrit médicalement 200 €			
Soins dentaires et prothèses 300 € par dent * maxi 5 dents	300 € par dent * maxi 5 dents	450 € par dent * maxi 5 dents	Néant
Bris de lunettes 250 € *	400 € *	600 € *	Néant
Prothèse auditive 500 € *	1 000 € *	1 500 € *	Néant
Frais de rattrapage scolaire 30 € par licencié et par jour avec un maximum de 365 jours			5 jours
Frais de redoublement / reconversion 3 000 €			Néant
Indemnités journalières NEANT	30 € par jour avec un maximum de 365 jours (perte de salaire justifiée)	60 € par jour avec un maximum de 365 jours (perte de salaire justifiée)	Néant
TARIFS du 01/07/14 au 30/06/15 voir ci-contre	40 €/TTC/An	80 €/TTC/An	

\* après intervention sécurité sociale et mutuelles \*\* après application du chapitre 12 de la CCNS.

**RENSEIGNEMENTS :**

MMA COSNE COURS SUR LOIRE  
 19, Square Gamban

58200 COSNE COURS SUR LOIRE  
 Tél : 03 86 28 20 74 (suivi contrat) et 03 88 11 70 08 ou 70 21 (suivi accident)

**ASSISTANCE :**

MMA ASSISTANCE

Tél : 01 40 25 59 59

N° Protocole 582469