



Le dossier d'adhésion est à **rendre avec votre cotisation** et tous les documents ci-joints complétés ainsi **qu'une copie de pièce d'identité**.

La charte du club à lire et à **signer** par le joueur et/ou le parent

1) **La demande de licence.**

- Remplissez vos coordonnées, Nom, Prénom date et lieu de naissance, **téléphone** et **adresse mail** sur laquelle nous vous enverrons les informations tout au long de la saison. (Surveillez vos indésirables)

-**Faire remplir le médecin** dans la partie certificat médical.

-Cocher la partie assurance. **Attention** pour ceux qui travaillent en cas d'arrêt de travail **vous ne touchez aucune indemnité journalière**.

3) **Le dossier équipement** à renseigner taille et initiale. **Des vêtements de toute taille sont disponibles à l'essai**. (Aucun échange ultérieurement).

4) **Les autorisations parentales**. (Pour les mineurs)

5) **Fiche renseignement et Fiche disponibilités**.

Permanence assurée tous les jours au club jusqu'au 15 juillet puis consulter le site du club. <https://www.asnc60.com>

Possibilité de paiement espèces, chèques vacances, coupons sport, plusieurs chèques, mais paiement total à la signature de la licence.

Jusqu'au 13 juillet 120€

Après le 13 juillet 130€



Je souhaite adhérer à l'ASNC, je respecte ses valeurs

**PLAISIR - RESPECT - ENGAGEMENT -
TOLERANCE - SOLIDARITE**

Je suis joueur :

JE JOUE POUR L'ÉQUIPE, POUR LE CLUB

Je préviens en cas d'absence,
Je respecte les décisions de l'entraîneur, de l'arbitre
Je paie l'amende des cartons évitables

Signature du joueur :

Je suis parent :

JE PREVIENS EN CAS D'ABSENCE DE MON ENFANT
J'encourage les joueurs, c'est mon rôle,
Je ne m'occupe pas du jeu, c'est le rôle de l'éducateur,
Je respecte les choix de l'éducateur, de l'arbitre,

Signature d'un parent :



JOUEUR / DIRIGEANT

DEMANDE DE LICENCE DE FOOTBALL - SAISON 2020-2021

A remplir intégralement



Nom du club : N° d'affiliation du club :

En cas de première demande, fournir une photo d'identité et un certificat médical

IDENTITÉ

NOM : Sexe : M / F
PRÉNOM : Nationalité :
Né(e) le : / / Ville de naissance :
Adresse (1):
CP : Ville :
Pays de résidence : Email (1) :
Téléphones : fixe mobile

(1) Je fournis (ou mon représentant légal) une adresse postale et une adresse électronique auxquelles me seront envoyées des communications officielles...

CATÉGORIE(S)

Demander une ou des licences de types (plusieurs cases peuvent être cochées) :
Dirigeant Joueur Libre Joueur Futsal Joueur Entreprise Joueur Loisir

DERNIER CLUB QUITTÉ

Saison : - Nom du club :
Fédération étrangère le cas échéant :

ASSURANCES

Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance, dans le document fourni au verso ou ici https://fff.fr/e/ass/6800.pdf, par ma Ligue régionale et mon club :
- des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
- de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) :
 Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur.
OU BIEN Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

OFFRES COMMERCIALES

Je souhaite être informé(e) d'offres exclusives, sélectionnées pour moi, par la FFF
Je souhaite être informé(e) d'offres préférentielles de la part des partenaires officiels de la FFF

COORDONNÉES

Les coordonnées d'un demandeur dirigeant sont susceptibles d'apparaître sur les annuaires et/ou les sites internet de la FFF, des Ligues ou des Districts. Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case

AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL (ARTICLE 70.3 DES REGLEMENTS GÉNÉRAUX)

Le certificat médical est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe est applicable que si les deux conditions suivantes sont respectées pendant la période de trois saisons :
- l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre,
- l'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé (disponible au lien : https://www.fff.fr/e/l/gs-li.pdf), et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir :
 Répondu NON à toutes les questions ; dans ce cas vous n'avez pas d'obligations médicales supplémentaires.
 Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; dans ce cas veuillez faire remplir le certificat médical ci-dessous.
Dans tous les autres cas (ex : première demande de licence), vous devez fournir le certificat médical ci-dessous.

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr (1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,

Pour les joueurs :

- ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du football
- en compétition,
- en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure (2).

Date de l'examen : / / (1)

Bénéficiaire (nom, prénom)

..... (1)
Signature et cachet (1)(3)

Pour les dirigeants :

- ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel.

(1) Obligatoire. (2) Rayer en cas de non aptitude. (3) Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée).

Pour un licencié MINEUR

Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette demande à prendre une licence au sein de ce club dans les conditions énumérées dans le présent document (notamment celles relatives aux assurances) ainsi que la création d'un espace personnel.

Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Représentant légal du demandeur :

Nom, prénom :
Signature

Pour un licencié MAJEUR

Le demandeur certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Demandeur :

Signature

Représentant du CLUB

Je certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes et engagent la responsabilité du club.

Nom, prénom :
Le / / Signature :

Pour tous renseignements, contactez : **MUTUELLE DES SPORTIFS (MDS)** - 2/4 rue Louis David - 75782 PARIS Cedex 16
 ☎ : 01 53 04 86 19 (☎ en cas d'accident : 01 53 04 86 20) / 📠 : 01 53 04 86 87 / ✉ : contact@grpmds.com

Ce document n'est qu'un résumé des contrats d'assurance visés ci-après. Il n'est par conséquent pas contractuel. // Des notices d'information détaillées sont téléchargeables sur le site Internet de la Ligue des Hauts de France <https://mfh.ff.fr> // Ce document n'engage pas la responsabilité de MDS CONSEIL, MAIF, MUTUELLE DES SPORTIFS et LIGUE DES HAUTS DE FRANCE au-delà des limites des contrats visés ci-après.

ASSURÉS : • Pour l'ensemble des garanties : Les licenciés à titre amateur de la Ligue, pratiquant les activités définies ci-dessous. Les pratiquants occasionnels non licenciés. • Au sein des titres de l'assurance Responsabilité Civile : Les membres de la famille des licenciés et les invités participant aux activités extra sportives à caractère privé et exercées à titre récréatif visées ci-dessous. Les parents ou personnes civilement responsables du fait de licenciés mineurs.
ACTIVITES GARANTIES (sous réserve que ces activités soient organisées par la Ligue, ses districts, clubs, associations ou groupements affiliés) : • Activités sportives des assurés pratiquant le football, le futsal. • Activités physiques et sportives nécessaires à l'entraînement et à la préparation physique. • Activités des licenciés non pratiquants, notamment des dirigeants, en rapport avec l'objet de la Ligue. • Stages avec ou sans hébergement réservés aux seuls licenciés. • Manifestations festives à caractère privé telles que fêtes, bals, kermesses, repas, sorties (à l'exclusion : des conséquences de l'utilisation de véhicule terrestre à moteur, des manifestations organisées à des fins commerciales / des manifestations organisées au profit d'une autre association ou de toute personne morale ou physique, sauf dans le cadre du Téléthon ou autres actions humanitaires). • Déplacements nécessités par les activités visées ci-avant.
TERRITORIALITE : • Garanties acquises : • Sans limitation de durée, en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer (Guadeloupe Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Nouvelle Calédonie, Guyane, Polynésie Française), en Andorre et à Monaco. • Dès lors que la durée totale du voyage ou du séjour n'excède pas un an, dans tous les autres pays du monde ou territoires, notamment dans les pays de l'Union européenne.
Cotisation assurance : 2,90 € TTC par licencié (dont 2,23 € TTC au titre des garanties Individuelle Accident)

1 / RESPONSABILITE CIVILE (extrait du contrat n° 402912P, souscrit par la MDS pour le compte de la Ligue des Hauts de France de Football auprès de la MAIF)

MAIF (Société d'assurance mutuelle à cotisations variables - CS 9000 - 79038 Niort cedex 9 - Entreprise régie par le Code des assurances // Contrat présenté par MDS CONSEIL - 43 rue Scheffer - 75016 PARIS (SASU de courtage et de Conseil au Capital de 330 144€ - SIRET 434 560 199 00029 - APE 6622Z - N° immatriculation ORIAS : 07 001 479 (www.orias.fr) - Garantie financière et assurance de responsabilité professionnelle conformes aux articles L.530-1 et L.530-2 du code des assurances

- EXCLUSIONS :** • Dommages causés par une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré. • Amendes, astreintes, clauses pénales. • Sinistres consécutifs à l'état alcoolique de l'assuré. • Les dommages y compris le vol, causés aux biens dont l'assuré responsable du sinistre est propriétaire, locataire, dépositaire ou gardien. • Pratique des sports aériens, sports comportant l'usage de véhicules terrestres à moteur, utilisation d'embarcation d'une longueur supérieure à 10 mètres, ou équipée d'un moteur de plus de 10 CV ou pouvant transporter plus de 10 personnes. • Dommages causés par tous engins ou véhicules ferroviaires, aériens, spatiaux, maritimes, fluviaux. • Activités ayant fait l'objet de la souscription d'un contrat d'assurance en vertu d'obligation légale. • Atteintes à l'environnement non accidentelles.
- MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES :** Les garanties sont accordées dans la limite des sommes stipulées au « tableau des limites de garanties et de franchise » ci-dessous.

RC DOMMAGES CORPORELS : 20 000 000 € par sinistre	DEFENSE : 300 000 €
RC DOMMAGES MATERIELS ET IMMATERIELS CONSECUTIFS : 10 000 000 € par sinistre	RECOURS / PROTECTION JURIDIQUE : Sans limitation de somme (Seuil d'intervention en recours judiciaire : 200 €)

2 / INDIVIDUELLE ACCIDENT (extrait de l'Accord collectif n° 980A21 souscrit auprès de la Mutuelle des Sportifs - MDS)
 (2/4 rue Louis David - 75782 PARIS Cedex 16 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité Mutuelle immatriculée au Répertoire Sirene sous le n° 422 801 910

- ACCIDENT :** Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et toute mort subite ne résultant pas d'un état pathologique antérieur.
- GARANTIES :** (la M.D.S. arrête ses remboursements à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré)

INVALIDITE PERMANENTE ACCIDENT DE SPORT (trajet exclu)	1 000 000 € (capital réductible en fonction du taux d'invalidité, versé en totalité si celui-ci est supérieur à 65%) (*)
	Avant la consolidation, lorsqu'il constaté par expertise médicale que suite à l'accident le blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 66%, la MDS lui verse un capital forfaitaire immédiat de 100 000 € (celui-ci restant acquis en cas de rémission, si le blessé n'atteint pas à la consolidation le taux de 66%) A la consolidation et si le taux d'invalidité atteint ou excède 66%, il est versé le solde du capital revenant au blessé, soit la différence entre le capital de 1 000 000 € et le forfait immédiat de 100 000 € précédemment réglé. (*) En cas d'invalidité inférieure à 66%, capital versé sur la base de 92 000 € (réductible en fonction du taux d'IPP, dans les conditions prévues au contrat et rappelées sur la notice d'information téléchargeable sur le site de la Ligue)
INVALIDITE PERMANENTE ACCIDENT AUTRE QUE DE SPORT	92 000 € pour 100% d'invalidité (capital réductible en fonction du taux d'invalidité, dans les conditions prévues au contrat et rappelées sur la notice d'information téléchargeable sur le site de la Ligue) (franchise relative 4%)
DECES	25.000 € // (+ 15% par enfant à charge)

Frais de soins de santé Forfait journalier hospitalier	300 % base de remboursement SS Frais réels	Frais de prothèses dentaires Appareil orthodontique Bris de lunettes ou de lentilles	500 € (dent) 700 € 500 €	Appareil et matériels divers (cannes, béquilles, fauteuils roulants, ...) Prothèses auditives	500 € 500 €
---	---	--	--------------------------------	---	----------------

BONUS SANTE 2 000 € par accident

Au-delà des prestations de base définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un BONUS SANTE disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur. L'assuré pourra disposer de ce Bonus Santé pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes :
 • Dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux • Prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale • Lunettes et lentilles • Prothèses dentaires • En cas d'hospitalisation : majoration pour chambre particulière dans la limite des frais réels (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) / si le blessé est mineur, coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturés par l'hôpital et des frais de trajet • Frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles • Frais d'ostéopathie prescrits et pratiqués par un médecin praticien. • Et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien

Frais de 1 ^{er} transport + transport aux soins prescrits	Frais réels	Frais de remise à niveau scolaire	40 €/heure de soutien (maximum : 2.800 €) / franchise 15 jours
Frais de reconversion professionnelle	7 630 €	Redoublement de l'année d'études	7 630 €
Indemnité Hospitalisation « Arbitres »	20 €/jour	Indemnités Journalières Arbitres	20 €/j. (maxi 3 ans) / franchise 3 jours (sans franchise si hospitalisation)

EXCLUSIONS : • Pratique professionnelle de toutes activités sportives • Accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès • Suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide • Accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense • Suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré
 Accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré

RECLAMATIONS : En cas de désaccord sur l'application des garanties de la M.D.S., l'assuré peut présenter sa réclamation au Service Reclamations de la M.D.S. :
 ☎ 01.53.04.86.30 - 📠 01.53.04.86.10 - ✉ Reclamations@grpmds.com - ✉ Mutuelle des Sportifs - Service Reclamations - 2/4 rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16

3 / ASSISTANCE RAPATRIEMENT (extrait du contrat n° 402912P souscrit auprès de la MAIF)

MAIF ASSISTANCE est joignable 7j/7, 24h/24 // Au 05 49 34 88 27 (appel gratuit depuis un poste fixe), si vous êtes en France. / Au +33 5 49 34 88 27, si vous êtes à l'étranger

ASSISTANCE AUX PERSONNES	
Transport sanitaire	Frais réels
Attente sur place d'un accompagnant	80 €/nuît, maximum 15 nuits
Voyage aller et retour d'un proche (si l'assuré hospitalisé plus de 7 jours)	80 €/nuît, maximum 15 nuits
Prolongation de séjour pour raison médicale	80 €/nuît, maximum 15 nuits
Poursuite du voyage (état ne nécessitant pas un retour au domicile)	Prise en charge des frais de transport pour poursuivre le voyage interrompu, dans la limite des frais qui auraient été engagés pour le retour au domicile
Frais médicaux et d'hospitalisation / Assurés domiciliés en France	Prise en charge sous forme d'avance et en complément du régime de prévoyance, des frais engagés sur place (4.000 € en France et 80.000 € à l'étranger)
Frais médicaux et d'hospitalisation / Assurés domiciliés hors de France	Prise en charge en complément du régime de prévoyance (ou à défaut de couverture sociale), des frais engagés sur place (France : 30.000 € / Etranger : 80.000 €)
Recherche et expédition de médicaments et de prothèses	Recherche sur place (ou expédition) des médicaments indispensables, le coût de ceux-ci restant à la charge de l'assuré
Frais de recherches et de secours	Dans la limite de 30 000 €
ASSISTANCE EN CAS DE DECES	
Décès de l'assuré en déplacement	Prise en charge du transport du corps jusqu'au lieu d'obsèques ou d'inhumation (y compris frais de cercueil)
Déplacement d'un proche	80 €/nuît, maximum 15 nuits
Retour anticipé	Transport jusqu'au lieu d'inhumation ou d'obsèques
ASSISTANCE AUX PERSONNES VALIDES	
Retour des autres bénéficiaires	Frais réels
Accompagnement d'un handicapé ou d'un enfant de moins de 15 ans	Voyage aller-retour d'un proche ou d'un accompagnant habilité
Attente sur place de la réparation du véhicule	80 €/nuît, maximum 15 nuits
Retour anticipé pour se rendre au chevet d'un proche	Titre de transport
Retour en cas d'indisponibilité du véhicule	Prise en charge du retour au domicile
Sinistre majeur concernant la résidence	Prise en charge du retour au domicile

OPTIONS COMPLEMENTAIRES SPORTMUT LIGUE DES HAUTS DE FRANCE (limite d'âge d'adhésion : 75 ans)

Le licencié désireux de souscrire une garantie optionnelle devra remplir le formulaire de souscription téléchargeable sur le site Internet de la Ligue et le renvoyer à la MUTUELLE DES SPORTIFS (2/4 rue Louis David - 75782 Paris cedex 16) en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie. Les garanties prennent effet le lendemain de l'envoi de la demande d'adhésion.

Exemples d'options (cocher l'option choisie)	Décès	Invalidité	IJ (à compter du 4 ^{ème} jour, pendant au plus 1095 jours) (3)	Cotisation annuelle Joueur, Educateur Fédéral, Animateur, Moniteur & Entraîneur	Cotisation annuelle Arbitres, Dirigeants non pratiquants
(1) Formule réservée aux mineurs âgés de moins de 12 ans	N° 1	30 500 € (1)		3 € TTC	
	N° 2	15 250 € (2)	30 500 € (2)	5 € TTC	5 € TTC
(2) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 65 ans	N° 3	45 750 €	91 500 €	14 € TTC	14 € TTC
	N° 4	45 750 €	91 500 €	56 € TTC	23 € TTC
(3) Dans la limite de la perte réelle de revenus	N° 5	76 250 €	152 500 €	81 € TTC	43 € TTC
	N° 6			31 € / Jour	17 € TTC



ÉCOLE FÉMININE
DE FOOTBALL
BRONZE

LICENCE



2020 2021



LABEL JEUNES
ESPOIR

NOM :

PRÉNOM :

En donnant la Cotisation, rendre ce coupon complété.

Année de Naissance	Catégorie	Initiale Sweat Maillot Offert	Montant Avant le 15 juillet	Montant Après le 15 juillet
			120 €	130 €
Taille Veste		Taille Pantalon		Taille Maillot

Possible d'essayer l'ensemble des équipements au stade de Noailles.

Taille : 6 ans (116cm) / 8 ans (128 cm) / 8-10 ans (140 cm) /
10-12 ans (152 cm) / 14 ans (164 cm) / S / M / L / XL / 2XL / 3XL

Le paiement de la cotisation est à régler uniquement au bureau du club (facilité de paiement).

Pack équipement : Tenue obligatoire pour le match du week-end

Initiale / Logo Club / Logo Sponsor



BS DEPANNAGE
LE CAFE DES SPORTS
GARAGE DE SAVIGNIES
VOLKSWAGEN
BRIAND FERMETURES
HAVRE DE PECHE
ETS VERECKE
ETS CONSTANT
CASSE AUTO JORY
OMAPI LABEL 4 QRT
AUTO ECOLE WARLUS
CREDIT AGRICOLE

NESTEEN

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, Mr Mme.....TEL.....

Responsable légal de.....

AUTORISATION MEDICALE

Autorise.....

Le responsable majeur de l'équipe à donner en mon nom, lieu et place, toute autorisation nécessaire pour tout acte opératoire ou d'anesthésie qui serait décidé par le corps médical local, dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aigue à évolution rapide lors des activités proposées par l'ASNC tout au long de la saison.

Nom de votre médecin traitant :.....

En cas d'hospitalisation, c'est l'hôpital le plus proche qui sera choisi, sauf indication contraire de votre part que vous nous signalez ici.....

Si allergies ou problèmes de santé important : merci de le signaler sur ce document.

.....

AUTORISATION TRANSPORT

Dans le cas où je n'accompagne pas mon enfant,

Autorise..... son transport par un autre parent.

Dans ce cas je rencontre le parent qui transporte mon enfant.

.....

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Autorise....

L'ASNC à utiliser dans le cadre de ses activités, des photos de mon enfant (site internet, presse, publications.....

Ale,.....

Signature des représentants légaux.

Fiche Renseignements (joueurs mineurs)

Nom / Prénom (des parents).....

Profession.....

Fiche Disponibilité Accompagnement

Je peux accompagner l'équipe à chaque déplacement : oui non

Je peux accompagner occasionnellement l'équipe : oui non

Je ne pourrais jamais accompagner (entourer si c'est le cas)

Dans ce cas **je suis au rendez- vous pour le départ** de l'équipe et je vois qui emmène mon enfant **ou j'ai vu cela antérieurement au départ.**

Fiche Disponibilité Activités du Club

Je peux aider occasionnellement le club :

-servir le café d'accueil avant les matchs oui non

-servir le gouter des enfants oui non

-aider lors des matchs ou plateaux oui non

-aider aux manifestations du club oui non

Je souhaite prendre une licence dirigeant : oui non

Je suis intéressé par les formations éducateurs : oui non
(Prise en charge du club)

Je suis intéressé par les formations arbitres : oui non
(Prise en charge du club)