

DOCUMENTS A FOURNIR

Pour une première inscription :

- 1 photo
- Pour les mineurs : autorisation parentale
- Fiche d'inscription FFFA **remplie et signée (Par vous et votre médecin traitant)**
- La demande d'adhésion SPORTMUT **remplie et signée (Même si vous ne souhaitez pas y adhérer)**
- Certificat médical du médecin (**Uniquement dans le cas d'une demande de surclassement**)
- Contrat d'engagement joueur signé
- Le questionnaire médical renseigné
- Le document « PRET/ACHAT DE MATERIEL COMPLETE » (Si besoin et accompagné du règlement et chèque de caution)
- Photocopie de la carte d'identité
- 1 enveloppe timbrée avec nom/prénom de l'adhérent et adresse personnelle
- Le règlement

Pour une réinscription :

- Pour les mineurs : autorisation parentale
- Fiche d'inscription FFFA **remplie et signée (Par vous et votre médecin traitant)**
- La demande d'adhésion SPORTMUT **remplie et signée (Même si vous ne souhaitez pas y adhérer)**
- Certificat médical du médecin (**Uniquement dans le cas d'une demande de surclassement**)
- Contrat d'engagement joueur signé
- Le questionnaire médical renseigné (**Si changement**)
- Le document « PRET/ACHAT DE MATERIEL COMPLETE » (Si besoin et accompagné du règlement et chèque de caution)
- 1 enveloppe timbrée avec nom/prénom de l'adhérent et adresse personnelle
- Le règlement

La demande de sur-classement sera obligatoirement faite par un médecin du sport + Fourniture d'un certificat Médical.

Restitution du dossier :

Vous pouvez remmener votre dossier complet **à partir du 06 Septembre 2016 (Date de la reprise officielle des entraînements)** au **Secrétaire** lors des entraînements.

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte

Les chèques et paiements seront transmis au trésorier par le secrétaire

Président : Alain FLACCUS

- ❖ 03 81 94 04 87
- ❖ alain.flaccus@wanadoo.fr

Coach : Arnaud MONCHABLON

- ❖ 06 60 11 55 56
- ❖ monchablonarnaud@aol.com

Secrétaire : Isabelle BARRE CZARNECKI

- ❖ 06 86 07 73 26
- ❖ isabelle.nina.barre@gmail.com

Trésorier : Nathalie MARSON

- ❖ 06 11 03 45 27
- ❖ marsna@hotmail.fr

Commandes Forelles : Thomas IBARRA

- ❖ 06 51 39 44 37
- ❖ t.ibarra@laposte.net

PRIX DES LICENCES

Senior/U19 (Junior) : 200 €	U16 (Cadet) : 150 €	U4 (Minime): 150 €
Loisir : 75 €		
Flag : 100 €	Flag jeunes : 75 €	Loisir Flag 50 €
Non joueur : 50 €	Arbitre : 50 €	

Il est possible de payer en 3 fois maximum avec un premier versement minimum obligatoire de 100 Euros pour la section Football Américain et 50 Euros pour la section Flag.

Inscrire, au crayon de papier, au dos des chèques la date de dépôt du chèque désirée.

Tous les anciens licenciés n'ayant pas rendus leur licence avant le 30 Octobre 2016 se verront subir une majoration de 60 Euros lors de leur inscription (majoration du cout de la licence par la FFFA).

Dans quelle catégorie suis-je ?

Football Américain

- Sénior si je suis né en 1997 et avant
- U19 si je suis né en 1998 – 1999 – 2000 (Junior)
- U16 si je suis né en 2001 – 2002 (Cadet)
- U14 si je suis né en 2003 – 2004 (Minime)

Flag

- +17 si je suis né en 1999 et avant
- U17 si je suis né en 2000 – 2001
- U15 si je suis né en 2002 – 2003
- U13 si je suis né en 2004 – 2005
- U11 si je suis né en 2006 – 2007 – 2008
- U8 si je suis né en 2009 - 2010

Qu'est-ce que le surclassement et est-ce que cela me concerne ?

Le surclassement, c'est la possibilité d'intégrer sur la saison ou sur un match, la catégorie supérieure. Ce sont les coaches des deux catégories et uniquement eux, qui décident du surclassement d'un joueur.

- Junior, tous les joueurs nés en 1998
- Cadet, tous les joueurs nés en 2001
- Minime, tous les joueurs nés en 2003

PRET/ACHAT DE MATERIEL

Un équipement complet neuf coûte 300€ : soit un lourd investissement (Pour le joueur qui souhaite l'acquérir ou le club qui prête ce matériel).

Pour les joueurs de première année la location est à 50€ + un chèque de caution de 250€ (rendu à la restitution du matériel avant la date du 29 Juin 2017)

Pour les joueurs de 2° année ou plus, il est temps d'acquérir votre propre matériel (Commande Forelle) car si vous reprenez votre License, cela signifie que vous souhaitez persévérer dans ce sport.... La location reste cependant possible au tarif de 150€ + un chèque de caution de 250€ (rendu à la restitution du matériel avant la date qui sera précisée ultérieurement)

Tenue d'entraînement

Prêt avec caution de 100€ (rendu à la restitution du matériel avant la date du 29 Juin 2017)

Tenue de match (maillot-pantalon)

Prêt Inclus. Maillot et pantalon sont à remettre avant la sortie des vestiaires à la fin du match)

Autres équipements disponibles à l'achat

- Protège dents (Rawlings Mouthguard RG5521B) 3.00 € **Equipement obligatoire en match**
- Kit de Pads neuf + Shorty 50.00 € **Equipement obligatoire en match (Prêt possible avec caution de 50€)**
- Pantalon d'entraînement neuf (Rawlings F4590) 30.00 €
- Maillot d'entraînement neuf (Rawlings FJ9204) 17.00 €
 - Attaque en bleu/ Défense en Blanc

	Protège dents	Kit de protection Neuf + Shorty	Pantalon Training neuf	Maillot training neuf
PU	3€	50€	30€	17€
QT				
Total				

Information à compléter avec le responsable matériel lors du prêt du matériel contre règlement :

Nom-Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Position :

Casque : N°

Epaulière : N°

Prêt de Pads : OUI NON

Signature du joueur
(Précédée de la mention :
Lu et approuvé)

Signature du Resp matériel

Date limite de restitution du matériel : 29 Juin 2017
Sans restitution du matériel à cette date le chèque de caution sera encaissé



**DEMANDE DE LICENCE - FFFA
SAISON 2016/2017**

Club :

INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Sexe : M F

Adresse :

Code postale : Ville :

Téléphone :

Courriel :

Date de naissance :

Lieu de naissance : Département :

Nationalité : JAF : Oui Non

LICENCE

À remplir en cas de renouvellement

Numéro de licence :

CHOIX DE LA LICENCE

FOOTBALL AMERICAIN			FLAG			CHEERLEADING		
Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral
Loisir U10		12,11	Loisir U8		12,11	Loisir U8		12,11
Loisir U12		12,11	Loisir U11		12,11	Loisir U11		12,11
Compétition U12		21,83	Compétition U11		12,11	Compétition U11		12,11
U12 surclassé U14		21,83	U11 surclassé U13		12,11	U11 surclassé Junior		12,11
Loisir U14		12,11	Loisir U13		12,11	Loisir Junior		12,11
Compétition U14		21,83	Compétition U13		12,11	Compétition Junior		12,11
U14 surclassé U16		54,76	U13 surclassé U15		12,11	Junior surclassé en seniors		24,32
Loisirs U16		12,11	Loisir U15		12,11	Loisir senior		12,11
Compétition U16		54,76	Compétition U15		12,11	Compétition senior		24,32
U16 surclassé U19		54,76	U15 surclassé U17		24,32	Entraîneur		18,11
Loisirs U19		30,44	Loisir U17		12,11	Dirigeant		18,11
Compétition U19		54,76	Compétition U17		24,32	Juge		27,84
U19 surclassé senior		60,87	U17 surclassé + 17 ans		24,32			
Loisirs Senior		30,44	Loisir + de 17 ans		12,11			
Compétition Senior		60,87	Compétition + de 17 ans		24,32			
Issus d'un championnat majeur		371,44	Entraîneur		18,11			
Entraîneur		18,11	Dirigeant		18,11			
Dirigeant		18,11	Arbitre		27,84			
Arbitre		27,84						
Total :		€	Total :		€	Total :		€

TOTAL REVERSE A LA FEDERATION : €

Signature du demandeur (ou de son représentant légal s'il est mineur) :

Le demandeur est informé qu'il doit être assuré avant de pratiquer la discipline à laquelle il adhère. De plus il reconnaît avoir reçu une notice établie par un assureur attirant son attention sur l'intérêt à souscrire une assurance de personne couvrant les dommages corporels, ainsi qu'un formulaire de souscription lui offrant plusieurs formules de garanties et avoir été informé de leurs modalités. Si le licencié ne souhaite pas souscrire à l'assurance proposée par la Fédération, il doit cocher la case suivante et faire parvenir à son club et à la Fédération, une attestation d'individuel accident couvrant sa pratique sportive.

Visa du club (date / tampon /signature) :

Le : / /

CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE EN COMPETITION OU EN LOISIR

Je soussigné(e), Docteur

certifie avoir examiné le demandeur de la présente licence, et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents

contre-indiquant la pratique du : **FOOTBALL AMERICAIN** en tant que : Joueur :

Arbitre :

FLAG en tant que : Joueur :

Arbitre :

CHEERLEADING en tant que : Joueur :

Signature et cachet du médecin :

A _____, le _____

DEMANDE DE SURCLASSEMENT DU MEDECIN DU SPORT

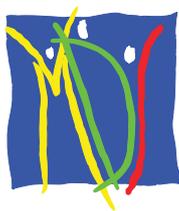
Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médico-sportive), un médecin diplômé peut l'autoriser à pratiquer la discipline en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure, en respect du règlement médical de la FFFA et sous réserve de pouvoir présenter un électrocardiogramme de repos

Je soussigné(e), Docteur _____
diplômé de traumatologie du sport, titulaire de la capacité de médecine du sport ou titulaire du Certificat d'Enseignement Spécialisé, certifié après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur, que le demandeur de la présente licence est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure de la discipline en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel.

Signature et cachet du médecin :

A _____, le _____

Les signataires de la présente demande de licence certifient l'exactitude de tous les renseignements portés. Ils s'engagent, en outre, à respecter les Statuts et Règlements de la FFFA et la réglementation applicable au dopage et à subir en conséquence tous les examens et prélèvements. La communication de ces informations est le préalable obligatoire à l'obtention d'une licence fédérale. Le défaut total ou partiel, de réponse, entraînera l'annulation de la demande. Conformément à la loi "Informatique et Liberté" No 79-17, du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la FFFA indiquée ci-dessous. Par notre intermédiaire, vos coordonnées peuvent être diffusées à des partenaires commerciaux de la fédération. Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre.



DEMANDE D'ADHESION

(l'adhérent est toujours le licencié)

M. Mme Melle Nom : Prénom :
 Nom de Jeune Fille : Date de naissance :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Profession (nature exacte) :
 Téléphones : fixe mobile
 Email :
 Association sportive par laquelle ou au titre de laquelle le régime de base a été souscrit :

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat "SPORTMUT" ayant pour objet de proposer des garanties complémentaires en sus du régime de prévoyance de base souscrit, pour le compte de ses licenciés, par la Fédération Française de Football Américain auprès de la M.D.S. en cas de dommage corporel suite à un accident garanti.

J'ai décidé d'adhérer à SPORTMUT
 de ne pas y adhérer

Date limite de l'adhésion : 60^{ème} anniversaire
 Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré :
 mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou mon concubin notoire, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.
 Autres dispositions :

FORMULE DE GARANTIES CHOISIE					COTISATION ANNUELLE € T.T.C.
Formule A :	A 1 <input type="checkbox"/>	A 2 <input type="checkbox"/>	A 3 <input type="checkbox"/>	A 4 <input type="checkbox"/>	(correspondant au choix retenu)
Formule B :	B 1 <input type="checkbox"/>	B 2 <input type="checkbox"/>	B 3 <input type="checkbox"/>	B 4 <input type="checkbox"/>	
Formule C :	C 1 <input type="checkbox"/>	C 2 <input type="checkbox"/>	C 3 <input type="checkbox"/>	C 4 <input type="checkbox"/>	
Formule D :	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>	
Formule E :	E 1 <input type="checkbox"/>	E 2 <input type="checkbox"/>	E 3 <input type="checkbox"/>	E 4 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autres choix :					_ _ _ _ , _ _ _ _ € Sera déterminée après consultation de la M.D.S.

Je certifie sur l'honneur ne pas être atteint(e) d'une infirmité ou d'un handicap. Au cas contraire prendre contact avec la M.D.S.
 Je suis informé(e) que la loi du 6 janvier 1978 « Informatique et Liberté » me donne le droit de demander communication et rectification de toutes informations me concernant qui figureraient sur tout fichier de la Fédération ou de la M.D.S. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la M.D.S. indiquée ci-dessous.

Fait à le

Signature de l'adhérent*

Cachet de la Fédération ou de l'Association Sportive

* faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé"



SPORTMUT

Contrat collectif complémentaire de prévoyance
au bénéfice des licenciés de la Fédération Française de Football Américain

NOTICE D'INFORMATION

En adhérant à SPORTMUT vous pouvez bénéficier de garanties complémentaires en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique du ou des sports déclarés sur la demande d'adhésion :

UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :

Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'IPP égale à 100%. Ce capital est réduit lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 100 %.

Aucun capital n'est versé pour un taux d'IPP inférieur ou égal à 5 %.

DES INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE:

Elles vous sont versées mensuellement à terme échu, après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise.

La période de franchise n'est pas indemnisée. La durée d'indemnisation est de 365 ou de 1095 jours selon votre choix.

Quelle que soit la durée d'indemnisation choisie, l'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de votre état de santé.

Vous ne pouvez choisir un montant de garantie qui vous ferait bénéficier en arrêt de travail de ressources supérieures à celles dont vous disposez en période d'activité.

Un justificatif de revenus est exigé.

UN CAPITAL DECES : qui sera versé au bénéficiaire désigné.

FORMULES ENFANT :

Seules les formules marquées d'un astérisque (*) dans le tableau figurant ci-dessous peuvent être souscrites pour les mineurs de moins de 12 ans.

Pour les mineurs de moins de 18 ans, le bulletin devra être revêtu de leur signature et de la signature des parents ou des représentants légaux.

FORMULE + DE 60 ANS :

Seule la formule marquée de deux astérisques (**) dans le tableau figurant ci-dessous peut être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins de 65 ans.

MODALITES D'ADHESION

Des formules de garanties pré-tarifées vous sont proposées ci-dessous.

Si l'une de ces formules vous convient, vous pouvez remplir la demande d'adhésion et l'adresser à la M.D.S. accompagnée de votre règlement. A réception, la M.D.S. vous adressera un certificat d'adhésion accompagné des conditions générales du contrat SPORTMUT. Vous disposerez alors d'un délai de 40 jours pendant lequel vous pourrez renoncer à votre adhésion. Passé ce délai votre adhésion deviendra définitive.

FORMULES	CAPITAL DECES	CAPITAL INVALIDITE (100 % IPP)	INDEMNITES JOURNALIERES	COTISATION GLOBALE(TTC)	
A 1*		30 489,80 €		5,00 €	Dans toutes ces formules, les indemnités journalières sont versées à compter du 31^{ème} jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4^{ème} jour en cas d'hospitalisation et ce, jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours.
A 2**	15 244,90 €	30 489,80 €		6,30 €	
A 3	15 244,90 €		7,62 €/Jour	21,70 €	
A 4	15 244,90 €	30 489,80 €	7,62 €/Jour	26,60 €	
B 1*		60 979,61 €		9,90 €	
B 2	30 489,80 €	60 979,61 €		12,60 €	
B 3	30 489,80 €		15,24 €/Jour	43,30 €	
B 4	30 489,80 €	60 979,61 €	15,24 €/Jour	53,10 €	
C 1*		91 469,41 €		14,80 €	
C 2	45 734,71 €	91 469,41 €		18,90 €	
C 3	45 734,71 €		22,87 €/Jour	64,90 €	
C 4	45 734,71 €	91 469,41 €	22,87 €/Jour	79,70 €	
D 1*		121 959,21 €		19,70 €	
D 2	60 979,61 €	121 959,21 €		25,20 €	
D 3	60 979,61 €		30,49 €/Jour	86,50 €	
D 4	60 979,61 €	121 959,21 €	30,49 €/Jour	106,10 €	
E 1*		152 449,02 €		24,60 €	
E 2	76 224,51 €	152 449,02 €		31,50 €	
E 3	76 224,51 €		38,11 €/Jour	108,10 €	
E 4	76 224,51 €	152 449,02 €	38,11 €/Jour	132,70 €	

Ces cotisations tiennent compte des taxes en vigueur.

MDS JUILLET 2013 / DISQUE O / FEDERATIONS

(*) Options réservées aux mineurs âgés de moins de 12 ans.

(**) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins de 65 ans.

Les cotisations sont annuelles. Le non renouvellement de la cotisation par l'assuré met fin de plein droit à l'adhésion 40 jours après le terme principal de la dernière échéance.

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),

M.....

Autorise mon fils, ma fille (NOM + Prénom)

.....

Né (e) le :

A pratiquer le Football Américain / le Flag* pour la saison sportive 2016-2017 dans le club des **PRINCES DE MONTBELIARD**, sous l'autorité de l'entraîneur et du président.

A pratiquer le Football Américain en compétition dans la catégorie d'âge et de compétition immédiatement supérieure à la sienne avec autorisation médicale pour la saison sportive 2016-2017 (simple sur classement).

En cas d'accident j'autorise l'entraîneur ou le responsable du club à prendre les décisions en mon nom avec accord téléphonique préalable.

N° de téléphone de la personne à prévenir:

.....

Fait à le

Signature

*Rayer la mention inutile

***LES PRINCES DE
MONTBELLIARD***

2016 – 2017



**CONTRAT
D'ENGAGEMENT
PERSONNEL**

PRESOMPTIONS de DEPART

- 1. Je suis un adulte ; je me comporte ainsi et j'attends le même de mes coéquipiers.***
- 2. Je suis seul responsable de mes décisions et des conséquences qui en découlent.***
- 3. Je considère que mon investissement au sein des Princes de Montbéliard, en temps et en effort, est une affaire sérieuse.***
- 4. Je veux apprendre et progresser.***

JE REPONDS AUX ATTENTES DE MON CLUB ET DE MES COEQUIPIERS

- 1. Je viens aux entraînements.***
- 2. Je travaille fort et avec enthousiasme.***
- 3. J'étudie pour progresser et pour être fiable dans le jeu.***
- 4. Je suis discipliné, respectueux, dur au mal et en forme physique.***
- 5. Je n'abandonne jamais – je suis un coéquipier fiable, loyal et digne de confiance.***

Ce règlement est une règle de vie, il donne à chacun des joueurs, entraîneurs, bénévoles du club les directives de fonctionnement, de vie, de respect que les « PRINCES de MONTBELIARD » essaient d'inculquer à chaque membre.

Toute demande de licence équivaut à l'acceptation et au respect de ce dit règlement intérieur du club.

ARTICLE I

INSCRIPTION-REINSCRIPTION

Chaque licencié du club doit avoir rendu la totalité des documents nécessaires et avoir régler sa cotisation à jour au plus tard le 30 Octobre de l'année en cours. A Cette date tout retard de licence sera majoré, et à la charge du licencié.*

ARTICLE II

PRESENCE

Chaque joueur est de par sa licence prié de se rendre aux entraînements. De par la spécificité de notre sport, la présence aux entraînements est obligatoire.

Le match de championnat est l'aboutissement de la préparation aux entraînements. Et comme ceux-ci sont obligatoires, tous les joueurs de la catégorie concernée doivent être présents au rendez-vous.

Nous sommes une entité nommée «LES PRINCES DE MONBELIARD» donc nous devons agir en tant que tel.

ARTICLE III

COMPORTEMENT GENERAL

Soyez ponctuel (être en avance, c'est mieux).

Ne cherchez pas d'excuses.

Soyez toujours positif.

Portez toujours une tenue appropriée lors des entraînements.

Respectez l'image de notre club : ne pas boire ou fumer en tenue de match.

Dans le cadre des entraînements et des matchs une seule personne fait loi: le coach. Il est interdit de contester, de critiquer, toute décision prise par le staff technique. Ils sont les garants de l'éthique sportive.

Dans le cadre de la vie sportive et des représentations, d'activités extra sportives, une seule personne fait loi : le président. Il est interdit de contester, critiquer toute décision prise par le président. Il est le garant de l'image sportive du club.

Dans le cadre du match, sur le terrain une seule personne fait foi: le capitaine de la formation sur le terrain, il est interdit de contester, de critiquer, d'insulter le capitaine dans ses prises de parole lors des huddles, et il en va de même avec ses co-équipiers.

Toute amende infligée au club pour mauvaise conduite ou exclusion, sera payée par le joueur incriminé.

CONCLUSION

Définitions :

Exploit : action remarquable, exceptionnelle.

Fier de... : qui a de la joie, de la satisfaction de...

Nous ne pouvons pas être fiers d'une action qui n'a rien d'exceptionnelle, d'un investissement tiède ou d'une réussite émanant de la chance. Par contre, un athlète qui aborde un projet difficile en l'attaquant de manière systématique avec toute son énergie et qui le réussit malgré les défis rencontrés se mérite le droit d'être fier de son accomplissement – c'est un exploit.

Participer n'apporte aucun mérite, ce n'est pas un exploit. Un vrai joueur de football recherche la compétition avant tout ! Il ne recule pas devant les obstacles, qu'ils soient petits ou grands. Plus le challenge est grand, plus il sera présent car c'est justement pour ces défis qu'il existe.

« Il n'y a pas de grande victoire sans grande adversité. »

Woody Hayes

Soyons clair : le succès de tout projet réside dans le processus de préparation. Nous devons concentrer tous nos efforts sur cela et sur rien d'autre.

« Le succès n'est pas un but, c'est une conséquence »

« No pain, no gain »

Pensez-vous être à la hauteur ?

L'équipe peut compter sur mon investissement ?

J'ai lu le présent contrat d'engagement personnel et je m'engage à le respecter.

Date :

Nom - Prénom :

Signature :

(Précédée de la mention lu et approuvé)



Nom : Prénom :
 Date de naissance : Poids : Taille :
 Personne à contacter en cas d'accident :
 N° de téléphone domicile : Portable :
 Médecin traitant : N° de téléphone :

Antécédents médicaux (Rayez les mention inutiles) :

Groupe sanguin : Rhésus :

Avez-vous un traitement médicamenteux : OUI NON
 Si oui lequel :

Avez-vous des problèmes cardiaques : OUI NON
 Si oui lequel : Traitement :

Avez-vous eu une hypertension artérielle : OUI NON

Avez-vous des troubles de la coagulation (Après une coupure saigner vous longtemps ?) : OUI NON

Avez-vous des problèmes respiratoires (Asthme, rhume des foins,....) : OUI NON
 Si oui lequel : Traitement :

Avez-vous des allergies (médicaments, anesthésiques, alimentaires, latex,) : OUI NON
 Si oui laquelle : Traitement :

Avez-vous du diabète : OUI NON
 Si oui traitement :

Avez-vous une maladie infectieuse (HIV, hépatite,.....) : OUI NON
 Si oui laquelle : Traitement :

Fumez vous : OUI NON
 Si oui combien de cigarettes par jour et depuis combien de temps :

Buvez-vous de l'alcool :
 Jamais de temps en temps Régulièrement ..

Avez-vous déjà été hospitalisé : OUI NON
 Raison (Epilepsie, traumatisme crânien,....) :

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale : OUI NON
 Anesthésie : Générale Locale

Je certifie que tous les renseignements portés sur ce document sont conformes

Date et lieu	Signature précédée de la mention lu et approuvé

CIRCONSTANCES EXACTES DE L'ACCIDENT (*) : _____

NOM DE LA COMPÉTITION ET DES CLUBS EN PRÉSENCE (*) : _____

Nom et adresse du premier témoin (*) : _____ Signature : _____

Nom et adresse du second témoin : _____ Signature : _____

Noms et adresses des autres personnes impliquées dans l'accident : _____

A-t-il été établi un procès verbal ou tout autre rapport par les autorités locales, précisant les circonstances de l'accident ? OUI NON

Dans l'affirmative, en communiquer les coordonnées : _____

Le blessé a-t-il été hospitalisé : OUI NON

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT MÉDICAL ÉTABLI PAR LE MÉDECIN CONSULTÉ LE JOUR DE L'ACCIDENT. CE DOCUMENT, A ADRESSER SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ATTENTION DU MÉDECIN CONSEIL DE LA M.D.S., DEVRA COMPORTER LES MENTIONS SUIVANTES (*) :

- DATE DE L'EXAMEN MÉDICAL,
- DATE DE L'ACCIDENT,
- NATURE ET SIÈGE DES BLESSURES,
- DURÉE DE L'INCAPACITÉ SPORTIVE MINIMUM,
- DURÉE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL, S'IL Y A LIEU.

EN CAS DE BRIS DE LUNETTES OU DE PERTE DE LENTILLES, IL CONVIENDRA DE JOINDRE LA CONFIRMATION MÉDICALE DU PORT OBLIGATOIRE DES LUNETTES OU LENTILLES PENDANT LES ACTIVITÉS SPORTIVES.

S'IL NE S'AGIT PAS DU BLESSÉ NOM ET ADRESSE DE LA PERSONNE QUI DOIT RECEVOIR L'ACCUSÉ DE RÉCEPTION :

NOM ET PRÉNOM : _____

ADRESSE : N° _____ Rue _____

Ville _____ CODE POSTAL _____

Bureau distributeur : _____ N° TÉLÉPHONE : _____

Fait à _____ le _____

Signature du Blessé :

Signature du correspondant
et cachet du club :

En cas d'assistance, téléphonez à :
M.D.S. ASSISTANCE : 01 45 16 65 70
(International : +33 1 45 16 65 70)

(*) A remplir obligatoirement.