

DOSSIER D'ADHESION

**ARCHANGES
PERPIGNAN**

Football Américain



2018/2019



HORAIRES D'ENTRAINEMENT

Les entrainements ont lieu :

Les entrainements SENIOR (18 ans et +)

Les entrainements JUNIOR (de 15 à 17 ans)

Les entrainement CADET (de 13 à 15 ans)

le MARDI & JEUDI SOIR 19H30 à 21H45

Terrain N° 3

Parc des ports de Perpignan

Avenue Paul Alduy

66100 perpignan

LOCATION D'EQUIPEMENTS

Le club offre la possibilité d'effectuer une location casque et épaulières (sous réserve de disponibilité) durant une saison maximum. Suivant le tableau ci dessous et En échange de chèque de caution pour chaque équipement (voir page suivante.

TARIF LOCATION

EQUIPEMENT	CASQUE	EPAULIERES
PRIX LOCATION	25€	25€



TARIFS DES COTISATIONS

Le club accepte les règlements par chèques et espèces, également les bons CAF ainsi que les paiements en plusieurs fois avec le **premier cheque de 65€..**

Pour les règlements par chèques, merci d'indiquer au dos du chèque, le nom et le prénom de l'adhérent. Idem en ce qui concerne les chèques de caution.

DISCIPLINE	AGE	TARIF
SENIOR 1999	18ANS ET +	200€
U19 2002-2000	15 à 17 ANS	200€
U16 2003-2004	13 à 15 ANS	160€

SURCLASSEMENT UNIQUEMENT SI DE L'ANNEE PRECEDENTE, LICENCE AU PRIX DE LA LICENCE SUPERIEURE (ETABLIR CERTIFICAT PAR MEDECIN DU SPORT)

LE PRIX DE LA LICENCE INCLUS LE **PACK** (obligatoire) AVEC :

-pantalon de match (saison 2019), ceinture, chaussettes, protections de jambes, protège dents

Tout renouvellement de licence tardive, à savoir, après le 31 octobre la cotisation sera majorée de 40€.

Pour toute nouvelle inscription FOOTBALL AMERICAIN et adhérent non joueur après le 1er Février de chaque saison l'adhésion passe à 75€.

Un nouveau joueur peut bénéficier de 3 séances d'entraînement, au-delà, il doit prendre une licence.

CAUTIONS

EQUIPEMENT	CASQUE	EPAULIERES
CAUTION	150€	150€



DOSSIER DE LICENCE

PIECES A FOURNIR IMPERATIVEMENT

- Une demande de licence, CERFA FEDERAL, à compléter et signer, comprenant un certificat Médical , sauf si licencié pour la saison 2017/2018.

Médecin du sport OBLIGATOIREMENT pour le surclassement avec mention sur le tampon OBLIGATOIRE.

- Une demande d'adhésion SPORTMUT

A remplir, signer et rendre même en cas de refus d'adhésion.

- Une fiche de renseignement

Photo d'identité et photocopie de la carte d'identité et carte vitale OBLIGATOIRE.

- Un Bulletin d'adhésion

- Autorisation de prise de vue **OBLIGATOIRE**

- Une fiche d'Equipement

- Autorisation en cas d'urgence

- Chèque de caution

- Le/les chèque(s) ou les espèces pour le règlement de la cotisation
SI PAIEMENT EN FOIS 1er CHEQUE DE 65€



FICHE D'ADHESION ET DE RENSEIGNEMENTS

(à remplir en lettre majuscule)*

PHOTO

Je soussigné,

Nom du joueur :Prénom :

Désire adhérer à l'association ARCHANGES pour la saison

Je m'engage à payer ma cotisation annuelle. Et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur qui m'a été remis au moment de mon adhésion et m'engage à le respecter.

JOUEUR

NOM.....PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE :LIEU DE NAISSANCE :

N° SS :AGE :

POIDS :TAILLE :EXPERIENCE(club) :

CATEGORIE : SENIOR JUNIOR CADET ARBITRE

N° ET RUE :

COMPLEMENT :

CP :COMMUNE :

TEL DOM :PORTABLE :

MAIL :

PROFESSION(LIEU) PERE :

MERE :

REPRESENTANT LEGAL (SI MINEUR)

Je soussigné(e), Monsieur et/ou Madame :

NOM :PRENOM :

N° ET RUE :

COMPLEMENT :

CP :COMMUNE :

TEL DOM :PORTABLE :

MAIL :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM :TEL :

NOM :TEL :

NOM :TEL :

DIVERS : (Allergies connues, Traitements, etc ...).....

TAILLE VESTIMENTAIRE (haut-bas- shoes).....

Fait à :le

Signature Joueur et Parent(s) si mineur



LES AUTORISATIONS ET ATTESTATIONS

A signer par le responsable légal de l'adhérent ou par l'adhérent lui même s'il est majeur.

Je soussigné.....

Responsable légal de

(cocher votre réponse)

1) autorise n'autorise pas

Les responsables du club à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident ainsi que de faire transporter l'adhérent nommé ci dessus dans l'établissement hospitalier le plus proche.

2) autorise n'autorise pas

L'adhérent nommé ci dessus à monter dans un véhicule (assuré par le transport des personnes) du club, d'un employé ou d'un bénévole du club ou de tout autre transporteur privé, et de se rendre sur des manifestations liées aux ARCHANGES de perpignan.

3) autorise n'autorise pas

L'adhérent ci dessus à pratiquer dans la catégorie strictement supérieur (une fiche type FFFA devra alors être fournie et signée).

4) autorise n'autorise pas

Le club des ARCHANGES à utiliser des photographies et des vidéos de l'adhérent nommé ci dessus, pour nos propres documents de communications ainsi que pour les parutions presse écrite et télévisuelle.

5) Atteste

Etre informé de la procédure à suivre en cas d'accident survenu lors d'un évènement de club.

6) Atteste

Etre informé des contraintes médicales (produits et méthodes interdites) liées à la pratique compétitive.

7) Atteste

Etre informé que tout le matériel mis à disposition par le club devra être restitué avant le 30 juin de chaque saison.

Dans le cas contraire le club encaissera les cautions.

Par ailleurs ce matériel est prêté, il pourra être réclamé en cours de saison dans le cas de l'abandon de l'adhérent ou de besoins exceptionnels du club.

8) Atteste

Etre informé des risques inhérents à la pratique du FOOTBALL AMERICAIN.

Fait àLe.....

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »).



FICHE EQUIPEMENT

NOM : PRENOM :

N° EPAULIERE

N° CASQUE

RESERVE AU CLUB :

Les ARCHANGES louent l'équipement (casque 25€ et épaulière 25€) dans la limite de ses stocks contre la remise d'un chèque de caution de 150€ pour le casque et/ou d'un chèque 150€ pour les épaulières, à l'ordre des ARCHANGES.

Cet équipement demeure la propriété du club tout le long de la saison, le club peut en exiger la restitution à tout moment, en cas de non restitution, le club est en droit d'encaisser le(s) chèque(s) de caution.

L'équipement contribue à la protection du joueur, celui-ci est donc en charge de son entretien qui lui a été loué par le club, notamment en terme de propreté : le casque doit être régulièrement nettoyé.

Aucun autocollant figurant sur le casque ne devra être enlevé d'aucune manière que ce soit. Tout contrevenant pourra voir sa caution ou partie de sa caution encaissée à titre de dommage. Aucun autocollant, autres que ceux éventuellement distribués par les encadrants, ne devra être apposé sur le casques.

Toute dégradation du matériel, autre que l'usure normale associée à la pratique du FOOTBALL AMERICAIN, constatée à la remise de l'équipement entraînera l'encaissement d'un ou des chèques de caution.

L'équipement (épaulière, casque) devra être rendu au plus tard le 28 juin de chaque saison. Au delà de cette date, les chèques seront encaissés par le club sans préavis.

Nom et Prénom (responsable légal pour les mineurs) :

Fait à :le.....

Signature (précédée de la mention : lu et approuvé)



DEMANDE DE LICENCE - FFFA SAISON 2018/2019

Club :

INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Sexe : M F

Adresse :

Code postale : Ville :

Téléphone :

Courriel :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Département :

JAF : Oui Non

LICENCE

A remplir en cas de renouvellement								Signature du demandeur (ou de son représentant légal s'il est mineur) :	
Numéro de licence : <input type="text"/>									
CHOIX DE LA LICENCE									
FOOTBALL AMERICAIN			FLAG FOOTBALL			CHEERLEADING			
Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	
Loisir U16		12.11	Loisir U16		12.11	Loisir U16		12.11	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'individu accident couvrant sa pratique sportive.
Loisir U18		12.11	Loisir U18		12.11	Loisir U18		12.11	
Loisir U10		12.11	Compétition U18		12.11	Loisir U11		12.11	<input type="checkbox"/>
Loisir U12		12.11	U18 surclassé U10		12.11	Compétition U11		12.11	
Compétition U12		21.83	Loisir U10		12.11	U11 surclassé Junior		12.11	Licencié adulte : Je soussigné M/Mme _____ atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.
U12 surclassé U14		21.83	Compétition U10		12.11	Loisir Junior		12.11	
Loisir U14		12.11	U10 surclassé U12		12.11	Compétition Junior		12.11	Date et signature du demandeur :
Compétition U14		21.83	Loisir U12		12.11	Junior surclassé en seniors		24.32	
U14 surclassé U16		54.76	Compétition U12		12.11	Loisir senior		12.11	Licencié mineur : Je soussigné M/Mme _____, en ma qualité de représentant légal du demandeur, atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.
Loisirs U16		12.11	U12 surclassé U14		12.11	Compétition senior		24.32	
Compétition U16		54.76	Loisir U14		12.11	Entraîneur		18.11	Date et signature du représentant légal :
U16 surclassé U19		54.76	Compétition U14		12.11	Dirigeant		18.11	
Loisirs U19		30.44	U14 surclassé U16		24.32	Juge		27.84	Visa du club (date / tampon / signature) :
Compétition U19		54.76	Loisir U16		12.11				
U19 surclassé senior		60.87	Compétition U16		24.32				TOTAL REVERSE A LA FEDERATION : €
Loisirs Senior		30.44	Compétition + de 16 ans		24.32				
Compétition Senior		60.87	U16 surclassé + de 16 ans		24.32				TOTAL REVERSE A LA FEDERATION : €
Issus d'un championnat majeur		374.44	Loisir + de 16 ans		12.11				
Entraîneur		18.11	Entraîneur		18.11				TOTAL REVERSE A LA FEDERATION : €
Dirigeant		18.11	Dirigeant		18.11				
Arbitre		27.84	Arbitre		27.84				

CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE EN COMPETITION OU EN LOISIR

à ne fournir qu'en cas de première licence, ou si vous avez répondu positivement à l'une des questions du questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01, ou si votre dernier certificat médical date de plus de 3 ans

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 de : FOOTBALL AMERICAIN en tant que : Joueur :

Arbitre :

FLAG en tant que : Joueur :

Arbitre :

CHEERLEADING en tant que : Joueur :

Arbitre :

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 supérieur, en respect du règlement médical de la FFFA et sous réserve qu'on lui ait présenté un électrocardiogramme de repos, uniquement pour les disciplines football américain et/ou en flag football.

Je soussigné(e), Docteur _____ diplômé de traumatologie du sport, titulaire de la capacité de médecine du sport ou titulaire du Certificat d'Enseignement Spécialisé, certifie 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 _____



AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'ACCIDENT

FOOTBALL AMÉRICAIN / FLAG / CHEERLEADING

Je soussigné, Madame / Monsieur :

résidant au :

.....

autorise notre fils, notre fille :

à participer aux déplacements organisés par l'association sportive :

dans le cadre des entrainements et des compétitions.]

En cas d'accident

Nous autorisons le responsable de la section

du club des

A prendre les dispositions nécessaires pour transporter notre fils, notre fille :

.....

Et en cas d'urgence de la/le faire hospitaliser et opérer.

Personne à contacter en cas d'accident :

- Mère : Tél :
- Père : Tél :
- Autre : Tél :

Numéro de sécurité sociale * :

Mutuelles complémentaire * :

Votre médecin de famille * : Tél :

*joindre les photocopies

Fait à : Le :

Signature



GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

SPORTMUT

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

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"



Mutuelle des Sportifs

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 Numéro siren n° 422 801 910
 2-4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - ☎ : 01 53 04 86 86 - 📠 : 01 53 04 86 87

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 / DIOQUE 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.

CONTACTS

COMITE DIRECTEUR :

PRESIDENTE :

Angelique Miceli : 06.21.95.09.56

SECRETAIRE :

Celine Ben Amoussi : 07.83.95.80.02

COACHS JUNIORS/CADETS :

Olivier Duval : 06.76.94.93.67

Cyprien Tal'houarn : 06.31.84.89.52

RECRUTEUR/CAPITAINE SENIORS :

Adrien Llado : 06.18.82.72.92

Mail club :

asso.archanges.perpignan@gmail.com

Site internet :

archanges66.kalisport.com

Facebook :

Archanges Perpignan

