

Le licencié	
Nom et coordonnées	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mr Nom: _____ Prénom : _____
	Date de naissance : ____ / ____ / ____ Nationalité : _____
	Adresse : _____
	CP : _____ Ville : _____
	Tél : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ courriel _____ @ _____

Handicap			
Handicap	<input type="checkbox"/> Handicaps orthopédiques : <input type="checkbox"/> Amputations MS <input type="checkbox"/> Amputations MI <input type="checkbox"/> Agénésies MS <input type="checkbox"/> Agénésies MI <input type="checkbox"/> Raideurs articulaires <input type="checkbox"/> Fragilités osseuses <input type="checkbox"/> Personne de petite taille	<input type="checkbox"/> Handicaps neurologiques d'origine périphérique : <input type="checkbox"/> Poliomyélite <input type="checkbox"/> Polyradiculonévrites <input type="checkbox"/> Atteinte des nerfs rachidiens <input type="checkbox"/> Paralysies plexiques <input type="checkbox"/> Paralysies tronculaires <input type="checkbox"/> Polynévrites	<input type="checkbox"/> Hémiplegiques <input type="checkbox"/> IMC <input type="checkbox"/> Handicaps visuels <input type="checkbox"/> Amblyope <input type="checkbox"/> Non-voyant
	<input type="checkbox"/> Paraplégiques et tétraplégiques : <input type="checkbox"/> Avec ou sans modification du tonus musculaire <input type="checkbox"/> Avec ou sans troubles sensitifs <input type="checkbox"/> Spina Bifida paralytiques	<input type="checkbox"/> Handicaps neurologiques évolutifs : <input type="checkbox"/> Myopathies ou Dystrophies musculaires <input type="checkbox"/> Amyotrophies spinales <input type="checkbox"/> Héredo dégénérescences spino-cérébelleuses <input type="checkbox"/> Atteintes neurologiques d'origine immunitaire (SEP)	<input type="checkbox"/> Handicaps auditifs <input type="checkbox"/> Valide <input type="checkbox"/> Autres : (à préciser)

La licence			
Type de licence	<input type="checkbox"/> compétition + 20 ans	100 €	sport pratiqué :
	<input type="checkbox"/> compétition - 20 ans	35 €	
	<input type="checkbox"/> cadre & Bénévole	20 €	<input type="checkbox"/> pratiquant Fonction : _____ <input type="checkbox"/> non pratiquant Sport : _____
	<input type="checkbox"/> scolaire - 20 ans	20 €	1er (principal) : _____ sport(s) pratiqué(s) : _____
	<input type="checkbox"/> loisir + 20 ans	35 €	2e (secondaire) : _____

Le certificat médical (obligatoire sauf pour les cadres non pratiquant)	
Certificat médical de non contre-indication datant de moins d'un an	Date : ____ / ____ / 201____ Nom du médecin : _____
Déficients visuels : date du certificat de non contre-indication ophtalmologique	Date : ____ / ____ / 201____ 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) : _____	

Le paiement d'une adhésion donne droit :

Pour les licences « scolaire – 20 ans » et « loisirs » : la pratique des activités proposées dans le cadre de l'Association Sportive et la participation aux compétitions scolaires inter-établissements.

Pour les licences compétition – 20 et + 20 ans : la participation aux compétitions fédérales (championnats de France et internationaux), la prise en charge des déplacements pour ces compétitions, ainsi que la revue Handisport magazine

Pour les sorties week-end : c'est une participation aux frais de matériel ou de déplacement.

Assurance

-à lire et remplir-

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.

Droit à l'image

Pour les adultes :

J'autorise – je n'autorise pas l'ASCCB à utiliser mon image dans le cadre des activités sportives programmées, notamment pour agrémenter son site internet de reportages photographiques sur les compétitions à l'adresse suivante : <http://asccb.free.fr>

Pour les mineurs :

J'autorise – je n'autorise pas l'ASCCB à utiliser l'image de mon enfant dans le cadre des activités sportives programmées, notamment pour agrémenter son site internet de reportages photographiques sur les compétitions à l'adresse suivante : <http://asccb.free.fr>

Fait à _____

le ____ / ____ / 201__

Signature :