

SAISON 2011 - 2012	N° Ligue 20	N° Comité 78	N° Club 045	Sexe 1 - Masculin 2 - Féminin	N° Adhérent	N° (Réservé Ligue)
Sigle du club : US PECQ HANDBALL						
Nom du club : UNION SPORTIVE DU PECQ HANDBALL						

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

M. Mme Mlle

Nom (ou nom de jeune fille) : _____
Nom d'épouse : _____

Prénom : _____
Né(e) le : _____ Pays de naissance : _____
Ville de naissance : _____ N° dép. de naissance : _____
Nationalité : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Pays : _____
Tél. dom. : _____ Tél. Bureau : _____
Tel. port. : _____ Télécopie (Fax) : _____
E-mail joueur _____
E-mail parent (mineur) : _____

L'adhérent(e) remplit la FICHE DE RENSEIGNEMENTS, fait remplir le CERTIFICAT MEDICAL par un médecin et remet ensuite le dossier à son club, qui le valide et le remet à la ligue pour enregistrement.

« 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. »

Cochez cette case si vous ne souhaitez pas que vos coordonnées postales puissent être cédées à des partenaires commerciaux.
 Cochez cette case si vous souhaitez que votre courriel (e-mail) puisse être cédé à des partenaires commerciaux.

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 trois options complémentaires.
- des différents tarifs de licence appliqués par la FFHB pour la présente saison sportive

J'atteste également 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

Signature de l'adhérent(e) _____
Si mineur : signature des parents ou du représentant légal _____

SITUATION ADMINISTRATIVE (à vérifier et compléter par le club)

Renouvellement Création Mutation Mutation : A B C

Licence demandée	Compétitive :	Joueur <input type="radio"/>	Blanche Joueur <input type="radio"/>	Dirigeant <input type="radio"/>
		Corpo <input type="radio"/>	Blanche Dirigeant <input type="radio"/>	Jeune Dirigeant <input type="radio"/>
Autre :	Avenir <input type="radio"/>			
	Loisir <input type="radio"/>			

Nom, signature et tampon du club _____
Date : ___ / ___ / ___

Pour information, indiquer les qualités éventuelles : Entraîneur Arbitre

ENREGISTREMENT PAR LA LIGUE (réservé 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 - ffhb@ffhandball.org - www.ffhandball.org

CERTIFICAT MEDICAL (à faire remplir par un médecin) [écrire en majuscules, SVP]

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

Je soussigné(e), docteur : _____
Certifie avoir examiné ce jour OM OMme OMlle _____
Né(e) le : ___ / ___ / ___ Taille : ___ m 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 → _____

A quel(s) est le contrat ? Il s'agit d'un contrat collectif d'assurance couvrant de manière obligatoire la responsabilité civile et la défense pénale des assurés de manière facultative les accidents corporels (individuelle accident) et l'assistance

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

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

Pour qui ? 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)

MONTANT DES GARANTIES

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 € par an d'assurance
Protection juridique (recours et défense)	Néant

TARIFS ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

0,80 € TTC : licence - 16 ans, licence corporative, licence loisir - 16 ans.
 0,30 € TTC : licence 9 à 16 ans, licences dirigeant, licence avenir
 0,05 € TTC : licence - 9 ans, licence événementielle (prise en charge FFHB)

2 / AUTRES GARANTIES (facultatives)

2.1 / ASSISTANCE VOYAGES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE (franchise 50 km, durée maxi : 1 mois)

- 1) Frais de transport : Frais réels
- 2) Soins médicamenteux 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 (maximum 10 jours)
- 8) Caution pénale : 7 490 €

RENSEIGNEMENTS :

MUTUELLES DU MANS ASSURANCES

14, Boulevard Marie et Alexandre Oyon

72030 Le Mans Cedex 9

Tél : 02 43 41 73 95 (suivi contrat) et 03 88 11 70 08 ou 70 21 (suivi accident)

Déclarations de sinistres, Compléments d'informations, ... : Consulter www.ff-handball.org

ASSISTANCE :

MMA ASSISTANCE

Tel : 01 40 25 59 59

N° Protocole 582 469

2.2 / ACCIDENTS CORPORELS

Option 3 : plus spécifiquement réservée aux joueurs sous statut "performance" dont LNH (consulter MMA)

Garanties de base	Option 1	Option 2	Franchises
Décès	< 16 ans : 7 500 € ≥ 16 ans : 30 000 €	< 16 ans : 7 500 € ≥ 16 ans : 45 000 €	Néant
Invalidité permanente (IPP selon %)	60 000 €	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	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
Soins dentaires et prothèses	300 € par dent * maxi 5 dents	450 € par dent * maxi 5 dents	Néant
Bris de lunettes Prothèse auditive	250 € * 500 € *	400 € * 1 000 € *	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	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 01/07/11 au 30/06/12	40 €/TTC/An 80 €/TTC/An		

* après intervention sécurité sociale et mutuelles