

CRÉATION DE LICENCE 2023-2024

### Nom de l'association :

# TSVP 

|  |
| --- |
| **Le licencié** |
| **Nom & coordonnées** | ***\* Champs obligatoires pour les cadres (membres du bureau, bénévoles, salariés, entraîneurs…) pour le contrôle d'honorabilité mis en place par le Ministère**** **Mme**  **Mr Nom :**

**Nom de jeune fille : \* Prénom :****Date de naissance : Nationalité :**  **Française**  **Etrangère :** **Commune de naissance : \* CP : \*****Adresse : \*****CP : Ville :****Tél. : E-mail : @** ***(Obligatoire)**** **J'autorise la FFH à collecter mes données uniquement dans le cadre de la prise de licence (obligatoire pour la prise de licence)**
* **J'autorise la FFH à utiliser mon email dans le cadre de sa communication fédérale (actualités, newsletters, Le Mag', offres partenaires)**
 |
| **Handicap** | * **Handicaps neurologiques évolutifs :**  **Handicaps visuels :**  **Handicaps auditifs**
	+ **maladies génétiques dégénératives**  **malvoyant**  **malentendant**
	+ **sclérose en plaque (SEP)**  **non-voyant**  **sourd**
* **Handicaps neuro d'origine périphérique :**  **Handicaps orthopédiques :**  **Autres :**
	+ **Poliomyélite**  **amputation ou agénésie**  **obésité**
	+ **atteinte des nerfs**  **membre(s) inférieur(s)**  **troubles cardio-vasculaires**
	+ **maladies neuro-musculaires**  **amputation ou agénésie**  **troubles respiratoires (polynévrites, polyradiculonévrites, …)**  **membre(s) supérieur(s)**  **maladies chroniques**
		- **raideur articulaire/malformation (diabète, leucémie,….)**
* **Lésions cérébrales :**  **fragilités osseuses**  **troubles des apprentissages**
	+ **paralysie cérébrale (IMC)**  **personne de petite taille moteurs (dyspraxie, …)**
	+ **dues à un AVC**  **handicap mental**
	+ **dues à un traumatisme cranien**  **Paraplégie**  **autres**
	+ **autres causes**  **Tétraplégie (anexie, infection, tumeur, autre)**  **Spina bifida**
* **VALIDE**
* **A besoin d'une tierce personne dans les gestes de la vie quotidienne (habillage, toilette, etc…) ?**
 |

**La licence**

* **Compét. + 20 ans**
* **Compét. - 20 ans**

**70€**

**30 €**

**Sport pratiqué**

**(obligatoire) :**

* **Cadre**

**30 €**

**Fonction :**

**Sport :**

* **Loisir**

**31 €**

**de 20 à**

**10 €**

**Sport(s) pratiqué(s) :**

* **Etablissement**

**1er (obligatoire) :**

**2eme (facultatif) :**

**Type de licence**

**Certificat médical de non contre-indication indiquant la saison**

**sportive**



**Date :**

**Nom du médecin :**

**+ pour les compétiteurs déficients visuels : date du certificat**

**de non contre-indication ophtalmologique**



**Date :**

**Nom du médecin :**

**Le certificat médical (obligatoire sauf pour les cadres non pratiquants)**

**Assurance**

### Je soussigné(e ) Déclare avoir :

* pris connaissance des notices d’information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence Fédération Française Handisport

et de leur coût,

* pris connaissance du bulletin d’adhésion permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires

**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 : 0.83 € TTC)

## Garanties complémentaires :

* **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 MAIF 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.

### Signature du licencié (ou du représentant légal pour les mineurs) :