



RESPECT, AMBITION, PLAISIR, SOLIDARITÉ

Dossier reçu le :

Dossier validé le :

Dossier validé par :

Photo d'identité
(ne pas agrafer ni coller)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS JOUEUR

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse complète :

Numéro de portable :

Adresse mail :

Profession :

Employeur :

Souhaitez-vous nous aider au sein de l'une des commissions (cochez) :

Buvette Matériel Partenariats Socio-éducatif Administratif Sportif

Cette fiche d'inscription est synonyme d'acceptation des règles de vie et de prise de photos qui paraîtront sur les différents médias du club.

Elle vaut également autorisation pour le transport du joueur par les éducateurs ou d'autres parents, lors des rencontres ou tournois ainsi que le transfert vers un établissement hospitalier en cas de problème de santé le nécessitant.

DATE :

SIGNATURE :



RESPECT, AMBITION, PLAISIR, SOLIDARITÉ

Renseignements sanitaires :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'ACCIDENT (si autres que les personnes ci-dessus)

| | | | |
|-------------|-------|-------|-------|
| Nom : | _____ | _____ | _____ |
| Prénom : | _____ | _____ | _____ |
| Fonction : | _____ | _____ | _____ |
| Tél. port : | _____ | _____ | _____ |

Lieu d'hospitalisation : _____ Groupe sanguin : _____

Autres difficultés/recommandations : indiquez les autres maladies (allergies à un médicament, un aliment ou autre, asthme, accident, convulsion, opération, etc) :

Renseignements obligatoires

N° Sécurité sociale

Mutuelle N° de contrat

Adresse

Mutuelle.....

Je soussigné(e) Mr ou Mme _____, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise les éducateurs et responsables du club à prendre, le cas échéant, les mesures d'urgence et de soins nécessaires à la sauvegarde de la santé de mon enfant _____ et à le diriger vers l'établissement hospitalier le plus proche.

Fait le _____ à _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :



RESPECT, AMBITION, PLAISIR, SOLIDARITÉ

Engagement :

Votre inscription implique de votre part une participation à la vie du club, notamment au niveau du transport des joueurs et des dirigeants sur les lieux de plateaux, matchs ou tournois.
Nous comptons sur votre participation, votre soutien et votre engagement.

Le club décline toute responsabilité en cas d'accident.

Le club décline toute responsabilité en dehors des horaires d'entraînement de la catégorie du joueur.
Le club décline toute responsabilité en cas de vol.

De plus chaque licencié se doit de connaître et de respecter le règlement intérieur du club.

Je soussigné(e) Mr ou Mme _____

Autorise l'Olympique Salaise Rhodia à utiliser les images fixes ou audiovisuelles sur lesquelles j'apparais (site internet, presse, etc.).

Certifie avoir pris connaissance du règlement du club et m'engage à respecter celui-ci tout au long de la saison.

Date : _____

Signature, précédé de la mention « Lu et approuvé » :



RESPECT, AMBITION, PLAISIR, SOLIDARITÉ

Documents à fournir :

POUR LES RENOUVELLEMENTS DE LICENCES ET JOUEURS MUTÉS :

- Dossier dûment rempli
- Consulter votre boîte mail et valider le mail concernant le renouvellement (vérifier les infos)
- Certificat médical (si besoin) ou questionnaire de santé (si pas besoin de certificat médical)
- 1 photo d'identité (ne pas la coller)
- 2 enveloppes timbrées sans adresse
- Le montant de la cotisation (possibilité de faire trois chèques), par carte bancaire ou espèces
Sont acceptés : Chèques vacances, Comité d'entreprises, Pass Loisir, Pass Région, Chèques sport, Pass Sport

POUR LES NOUVEAUX JOUEURS :

- Idem documents demandés ci-dessus
- +
 - Demande de licence obligatoire à remplir attentivement et à faire signer par le médecin (partie certificat médical)
 - Photocopie d'une pièce d'identité (carte d'identité, livret de famille parents + enfants ou extrait de naissance)

COMPLEMENT POUR NOUVEAU JOUEUR ETRANGER : Né après 2010

- Extrait de naissance de l'enfant
- Photocopie d'un justificatif de domicile (quittance EDF, LOYER ou TELEPHONE)

⇒ Prix de la cotisation Olympique Salaise Rhodia 2022/2023 :

- U18F à Séniors Féminines : 170€
- U19 à Seniors : 200 € / Vétérans : 200 €

PARTIE RESERVEE AU CLUB

- Chèque N° : _____ de _____
- Chèque N° : _____ de _____
- Chèque N° : _____ de _____
- Chèque CE : _____ de _____
- Pass'loisirs : _____ de _____
- Carte Pass' N° : _____
- Espèces avec chèque de caution N° _____ de _____
- Chèques vacances ANCV
- Enveloppes timbrées
- Pièce d'identité
- Licence N° : _____
- Photo
- Certificat Médical
- Justificatif de domicile
- Questionnaire santé

REGLES DE VIE AU SEIN DU CLUB

Je suis licencié(e) à l'OLYMPIQUE SALAISE RHODIA

-  1 Je respecte mes co-équipiers, les éducateurs, les dirigeants, les adversaires et les arbitres lors d'une rencontre.
-  2 Je reste poli(e) avec tout le monde et en toutes circonstances (Je dis bonjour...)
-  3 Je suis ponctuel(le) et je préviens mon éducateur en cas de retard ou d'absence.
-  4 Je prends soin de ma tenue et du matériel mis à disposition par le club.
-  5 Je veille à toujours laisser propres les endroits que je fréquente.
-  6 Je respecte les lois du jeu et je ne conteste pas les arbitres qui les font appliquer.
-  7 Je participe aux événements organisés par mon club et à son assemblée générale.
-  8 Je prends soin de ma santé et veille à mon hygiène de vie.
-  9 Je cherche à progresser en refusant toute forme de violence et de tricherie.
-  10 Je joue au football avant tout pour me faire plaisir et m'épanouir.
-  11 Parce que je suis un «ambassadeur» de mon club, je me dois d'avoir un comportement exemplaire, tant sur le terrain qu'en dehors !

EN CAS DE NON RESPECT DES REGLES :

Signature du licencié :



Je peux être convoqué(e) Je peux être sanctionné(e)



JOUEUR / DIRIGEANT / VOLONTAIRE

DEMANDE DE LICENCE DE FOOTBALL - SAISON 2022-2023



A remplir intégralement

En cas de première demande, fournir une photo d'identité
et un certificat médical (uniquement pour les majeurs)

Nom du club : N° d'affiliation du club :

IDENTITÉ

NOM : Sexe : M / F

PRÉNOM : Nationalité :

Né(e) le : / à CP : Ville de naissance :

Adresse (1): CP : Ville :

Pays de résidence : Email (1) :

Téléphones : fixe mobile

(1) Je fournis (ou mon représentant légal) une adresse postale et une adresse électronique auxquelles me seront envoyées des communications officielles notamment celles prévues par le règlement disciplinaire de la FFF ainsi qu'un lien pour activer mon espace personnel sécurisé (Mon espace FFF) afin de prendre connaissance de mes éventuelles sanctions disciplinaires. A défaut, j'accepte expressément que les adresses de mon club soient utilisées pour mes communications officielles.

CATÉGORIE(S)

Demande une ou des licences de types (plusieurs cases peuvent être cochées) :

Dirigeant Volontaire | Joueur : Libre Futsal Entreprise Loisir

DERNIER CLUB QUITTÉ

Saison : - Nom du club :

Fédération étrangère le cas échéant :

ASSURANCES

Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance, dans le document fourni au verso ou [en cliquant ici](#), par ma Ligue régionale et mon club :

- des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
- de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) :

Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur.

OU BIEN Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

OFFRES COMMERCIALES

Je souhaite être informé(e) d'offres exclusives, sélectionnées pour moi, par la FFF Je souhaite être informé(e) d'offres préférentielles de la part des partenaires officiels de la FFF

COORDONNÉES

Les coordonnées d'un demandeur dirigeant ou volontaire sont susceptibles d'apparaître sur les annuaires et/ou les sites internet de la FFF, des Ligues ou des Districts. Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case

LICENCIÉ MINEUR : AUTO-QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Le certificat médical n'est pas obligatoire. Ce principe est applicable uniquement si la condition suivante est respectée :
 - l'intéressé doit répondre au questionnaire de santé (https://www.fff.fr/e//qs-li-min_2022_2023.pdf) et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Dans le cas contraire vous devez fournir le certificat médical ci-dessous qui ne sera valable que pour la saison en cours.

Par la présente, le bénéficiaire et son représentant légal confirment avoir pris connaissance du questionnaire et attestent avoir :

Répondu **NON** à toutes les questions ; *vaut autorisation de surclassement simple (dans les conditions de l'article 73.1 des RG de la FFF)*

Répondu **OUI** à une ou plusieurs question(s) ; *certificat médical ci-dessous à faire remplir*

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Dr (1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,

Pour les joueurs :

- présente l'absence de contre-indication médicale à la pratique du football :

- en compétition,
- en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure (2).

Pour les dirigeants :

- présente l'absence de contre-indication médicale à l'arbitrage occasionnel.

(1) Obligatoire. (2) Rayer en cas de non aptitude. (3) Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée).

Date de l'examen : / / (1)

Bénéficiaire (nom, prénom)

(1)

Signature et cachet (1)(3)

LICENCIÉ MINEUR : SIGNATURE

Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette demande à prendre une licence au sein de ce club dans les conditions énumérées dans le présent document (notamment celles relatives aux assurances) ainsi que la création d'un espace personnel.

Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Représentant légal du demandeur :

Nom, prénom :

Signature

LICENCIÉ MAJEUR : SIGNATURE

Le demandeur certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Demandeur :

Signature

REPRÉSENTANT DU CLUB : SIGNATURE

Je certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes et engagent la responsabilité du club.

Nom, prénom :

Le / / Signature

Assurance Individuelle Accident Sportive



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MUTUELLE DES SPORTIFS (MDS) 2/4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Mutuelle immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro Siren n° 422 801 910

Produit : Assurance Individuelle Accident (Santé-Invalidité-Décès)

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation contractuelle et la notice d'information détaillée.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Mise en place d'une couverture destinée aux licenciés/adhérents/membres de la personne morale souscriptrice (Fédération, Ligue, Association sportive, culturelle, de loisirs, ou autre structure), destinée, en cas d'accident du licencié/adhérent/membre survenu pendant les activités garanties, à :

- rembourser tout ou partie des frais de soins de santé restant à sa charge,
- verser un Capital Invalidité en cas d'invalidité permanente totale ou partielle ou un Capital Décès aux ayants-droit,
- (essentiellement sur option) prendre en charge (dans les limites du contrat) la perte de revenus en cas d'incapacité temporaire totale de travail consécutive à un accident garanti,
- Procurer une assistance rapatriement en cas d'accident ou de maladie graves.



Qu'est-ce qui est assuré ?

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

Il convient de se référer au tableau joint en Annexe, indiquant l'étendue et les plafonds de couverture

- ✓ Indemnisation au titre de Frais de soins de santé médicalement prescrits, consécutifs à un accident survenu pendant les activités garanties
- ✓ Versement d'un Capital Invalidité en cas d'accident survenu pendant les activités garanties
- ✓ Versement d'un Capital Décès en cas d'accident survenu pendant les activités garanties

Les mentions précédées d'une coche verte sont des garanties systématiquement prévues.

LES GARANTIES OPTIONNELLES :

Possibilité donnée à tout licencié/adhérent/membre de la Fédération, Ligue, Association ou autre personne morale souscriptrice du contrat, d'opter à titre individuel pour bénéficier de garanties complémentaires aux garanties systématiquement prévues.

L'ASSISTANCE RAPATRIEMENT SYSTEMATIQUEMENT PREVUE :

- ✓ Rapatriement ou transport sanitaire
- ✓ Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger
- ✓ Visite d'un proche
- ✓ Retour anticipé depuis l'étranger
- ✓ Rapatriement du corps
- ✓ Frais de recherche et/ou de secours

Les mentions précédées d'une coche verte sont des garanties systématiquement prévues.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les accidents survenus en-dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les accidents survenus à des personnes n'ayant pas la qualité d'assuré au contrat (ou de bénéficiaire des garanties prévues à celui-ci).



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! Les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès.
- ! Les suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide.
- ! Les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active.
- ! Les accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense.
- ! Les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré.
- ! Les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Le remboursement des frais de soins de santé s'effectue après intervention de tout régime de prévoyance obligatoire et/ou complémentaire dont l'assuré bénéficie.
- ! Les montants des prestations ne peuvent excéder les plafonds de garanties prévues en contrat et rappelés en Annexe.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Dans tous les cas, en France Métropolitaine.
- ✓ Selon les dispositions spécifiques prévues au contrat :
 - Dans les DOM, COM, ROM, POM, Andorre et Monaco,
 - Dans le monde entier.



Quelles sont mes obligations ?

- ✓ **Obligations de la personne morale souscriptrice :**
 - Régler les cotisations conformément aux montants et échéances prévus(es) contractuellement, sous peine de suspension ou de résiliation du contrat
 - Déclarer toutes les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux.
- ✓ **Obligations de l'assuré licencié/adhérent/membre :**
 - Pour l'ensemble des garanties ainsi que pour l'Assistance rapatriement, respecter les délais de déclaration et fournir les justificatifs nécessaires à leur mise en œuvre.
 - Pour les garanties optionnelles souscrites à titre individuel, régler les cotisations conformément aux montants et échéances prévus(es) contractuellement.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations doivent être réglées aux échéances prévues au contrat (un paiement fractionné pouvant être accordé), par virement ou chèque bancaire auprès de la MDS.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- ✓ **A l'égard de la personne morale souscriptrice :**
 - La couverture commence à la date fixée au contrat, dont les dispositions précisent son échéance annuelle et ses conditions de renouvellement.
- ✓ **A l'égard de l'assuré licencié/adhérent/membre :**
 - S'agissant des garanties systématiquement prévues :
 - Elles sont acquises dès l'adhésion (ou le renouvellement de celle-ci) auprès de la personne morale souscriptrice (et pendant la durée de validité de cette adhésion).
 - S'agissant des garanties optionnelles souscrites à titre individuel :
 - Elles sont acquises le lendemain de l'envoi à la MDS de la demande d'adhésion accompagnée du règlement de la cotisation (et cesse à la date précisée sur la confirmation d'adhésion adressée par la MDS).



Comment puis-je résilier le contrat ?

- ✓ **Pour la personne morale souscriptrice :**
 - Le contrat peut être résilié par la personne morale souscriptrice et/ou la MDS, par lettre recommandée avec avis de réception, selon le préavis indiqué au contrat.
- ✓ **Pour l'assuré licencié/adhérent/membre :**
 - S'agissant des garanties systématiquement prévues:
 - L'assuré peut y renoncer dans les conditions prévues au contrat.
 - S'agissant des garanties optionnelles souscrites à titre individuel :
 - L'assuré dispose d'un droit de rétractation dont les conditions sont prévues aux conditions générales du contrat.

ANNEXE /// LIGUE AUVERGNE-RHONE-ALPES DE FOOTBALL / Contrat n° 980A20
Période du 1.07.2022 au 30.06.2023

| GARANTIES | MONTANTS | |
|---|---|-----------|
| DECES | - Moins de 12 ans 19.820 € - Célibataire, veuf, divorcé 19.820 € (Majoration de 15% par enfant à charge) - Marié 22.865 € (Majoration de 15% par enfant à charge) | |
| INVALIDITE PERMANENTE ACCIDENT DE SPORT (trajet exclu) | Capital de 1.000.000 € si le taux d'invalidité est supérieur à 65% (*) Avant la consolidation, lorsqu'il est constaté par expertise médicale que suite à l'accident le blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 66%, la MDS lui verse un capital forfaitaire immédiat de 100.000 € (celui-ci restant acquis en cas de remise, si le blessé n'atteint pas à la consolidation le taux de 66%) selon les modalités prévues au contrat. A la consolidation et si le taux d'invalidité atteint ou excède 66%, il est versé le solde du capital revenant au blessé, soit la différence entre le capital de 1 000 000 € et le forfait immédiat de 100 000 € précédemment réglé. (**) En cas d'invalidité inférieure à 66%, capital versé sur la base de 92 000 € (réductible en fonction du taux d'IPP) (franchise : 4%) | |
| INVALIDITE PERMANENTE ACCIDENT AUTRE QUE DE SPORT | 92.000 € (voir tableau détaillé en page 2) (capital réductible en fonction du taux d'invalidité) (franchise relative 4%) | |
| REMBOURSEMENT DE SOINS | 200% de la base de remboursement Sécurité Sociale Frais de soins de santé Forfait journalier hospitalier Prothèses dentaire, par dent 245 € Premier appareil orthodontique 610 € Bris de lunettes ou lentilles (forfait) 390 € Prothèse auditive, par appareil (forfait) 460 € Appareils et matériels divers (cannes, bâquilles, fauteuils roulants, ...) 153 € | |
| GARANTIES | MONTANTS | Franchise |
| FRAIS DE TRANSPORT : Frais de premier transport & Transports pour se rendre aux soins médicalement prescrits | Frais réels | Néant |
| RECONVERSION PROFESSIONNELLE | 7.700 € | Néant |
| FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE | 35 €/jour de soutien scolaire ou universitaire (maximum : 3.000 €) | 30 jours |
| BONUS SANTE | MONTANT PAR ACCIDENT : 1.525 € | |
| L'assuré bénéficie, sur justificatifs, d'un « Capital Santé » à concurrence d'un montant global maximal de 1.525 € par accident, dans la limite des frais réels restant à charge. /// Ce Capital Santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épousé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur. /// L'assuré pourra disposer de ce Capital Santé pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge : | | |
| frais pharmaceutiques, médicaux ou chirurgicaux /// prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale /// lunettes et lentilles /// dents fracturées /// frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, dans la limite de 0,25 € par km /// frais d'ostéopathie prescrits et pratiqués par un médecin praticien /// en cas d'hospitalisation : majoration pour chambre particulière dans la limite des frais réels (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc... ne sont pas pris en compte) // coût d'un parent accompagnant si le blessé est mineur, à concurrence des frais d'hébergement facturés par l'hôpital et des frais de trajet dans la limite de 0,25 € par km // versement d'une indemnité journalière, non soumise à conditions de revenus, d'un montant de 15,24 € par jour, pendant la durée de l'hospitalisation et au maximum pendant 100 jours. | | |

ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES :

Les garanties sont acquises :

- Sans limitation de durée, en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer (Guadeloupe Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Nouvelle Calédonie, Guyane, Polynésie Française), en Andorre et à Monaco.
- Dès lors que la durée totale du voyage ou du séjour n'excède pas un an, dans tous les autres pays du monde ou territoires, notamment dans les pays de l'Union européenne.

ANNEXE 1 : CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA MDS EN CAS D'ACCIDENT DE SPORT

| TAUX | CAPITAUX | TAUX | CAPITAUX | TAUX | CAPITAUX | TAUX | CAPITAUX |
|-------|----------------|------|----------------|------|-------------|------|-------------|
| 100 % | 1 000 000,00 € | 75 % | 1 000 000,00 € | 50 % | 34 647,50 € | 25 % | 17 323,75 € |
| 99 % | 1 000 000,00 € | 74 % | 1 000 000,00 € | 49 % | 33 954,55 € | 24 % | 16 630,80 € |
| 98 % | 1 000 000,00 € | 73 % | 1 000 000,00 € | 48 % | 33 261,60 € | 23 % | 15 937,85 € |
| 97 % | 1 000 000,00 € | 72 % | 1 000 000,00 € | 47 % | 32 568,65 € | 22 % | 15 244,90 € |
| 96 % | 1 000 000,00 € | 71 % | 1 000 000,00 € | 46 % | 31 875,70 € | 21 % | 14 551,95 € |
| 95 % | 1 000 000,00 € | 70 % | 1 000 000,00 € | 45 % | 31 182,75 € | 20 % | 13 859,00 € |
| 94 % | 1 000 000,00 € | 69 % | 1 000 000,00 € | 44 % | 30 489,80 € | 19 % | 13 166,05 € |
| 93 % | 1 000 000,00 € | 68 % | 1 000 000,00 € | 43 % | 29 796,85 € | 18 % | 12 473,10 € |
| 92 % | 1 000 000,00 € | 67 % | 1 000 000,00 € | 42 % | 29 103,90 € | 17 % | 11 780,15 € |
| 91 % | 1 000 000,00 € | 66 % | 1 000 000,00 € | 41 % | 28 410,95 € | 16 % | 11 087,20 € |
| 90 % | 1 000 000,00 € | 65 % | 59 800,00 € | 40 % | 27 718,00 € | 15 % | 10 394,25 € |
| 89 % | 1 000 000,00 € | 64 % | 58 880,00 € | 39 % | 27 025,05 € | 14 % | 9 701,30 € |
| 88 % | 1 000 000,00 € | 63 % | 57 960,00 € | 38 % | 26 332,10 € | 13 % | 9 008,35 € |
| 87 % | 1 000 000,00 € | 62 % | 57 040,00 € | 37 % | 25 639,15 € | 12 % | 8 315,40 € |
| 86 % | 1 000 000,00 € | 61 % | 56 080,00 € | 36 % | 24 946,20 € | 11 % | 7 622,45 € |
| 85 % | 1 000 000,00 € | 60 % | 55 160,00 € | 35 % | 24 253,25 € | 10 % | 6 929,50 € |
| 84 % | 1 000 000,00 € | 59 % | 40 884,05 € | 34 % | 23 560,30 € | 9 % | 6 236,55 € |
| 83 % | 1 000 000,00 € | 58 % | 40 191,10 € | 33 % | 22 867,35 € | 8 % | 5 543,60 € |
| 82 % | 1 000 000,00 € | 57 % | 39 498,15 € | 32 % | 22 174,40 € | 7 % | 4 850,65 € |
| 81 % | 1 000 000,00 € | 56 % | 38 805,20 € | 31 % | 21 481,45 € | 6 % | 4 157,70 € |
| 80 % | 1 000 000,00 € | 55 % | 38 112,25 € | 30 % | 20 788,50 € | 5 % | 3 464,75 € |
| 79 % | 1 000 000,00 € | 54 % | 37 419,30 € | 29 % | 20 095,55 € | 4 % | 0 € |
| 78 % | 1 000 000,00 € | 53 % | 36 726,35 € | 28 % | 19 402,60 € | 3 % | 0 € |
| 77 % | 1 000 000,00 € | 52 % | 36 033,40 € | 27 % | 18 709,65 € | 2 % | 0 € |
| 76 % | 1 000 000,00 € | 51 % | 35 340,45 € | 26 % | 18 016,70 € | 1 % | 0 € |

ANNEXE 2 : CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA MDS / ACCIDENT HORS SPORT

| TAUX | CAPITAUX | TAUX | CAPITAUX | TAUX | CAPITAUX | TAUX | CAPITAUX |
|-------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|-------------|
| 100 % | 92 000,00 € | 75 % | 69 000,00 € | 50 % | 34 647,50 € | 25 % | 17 323,75 € |
| 99 % | 91 080,00 € | 74 % | 68 080,00 € | 49 % | 33 954,55 € | 24 % | 16 630,80 € |
| 98 % | 90 160,00 € | 73 % | 67 160,00 € | 48 % | 33 261,60 € | 23 % | 15 937,85 € |
| 97 % | 89 240,00 € | 72 % | 66 240,00 € | 47 % | 32 568,65 € | 22 % | 15 244,90 € |
| 96 % | 88 320,00 € | 71 % | 65 320,00 € | 46 % | 31 875,70 € | 21 % | 14 551,95 € |
| 95 % | 87 400,00 € | 70 % | 64 400,00 € | 45 % | 31 182,75 € | 20 % | 13 859,00 € |
| 94 % | 86 480,00 € | 69 % | 63 480,00 € | 44 % | 30 489,80 € | 19 % | 13 166,05 € |
| 93 % | 85 560,00 € | 68 % | 62 560,00 € | 43 % | 29 796,85 € | 18 % | 12 473,10 € |
| 92 % | 84 640,00 € | 67 % | 61 640,00 € | 42 % | 29 103,90 € | 17 % | 11 780,15 € |
| 91 % | 83 720,00 € | 66 % | 60 720,00 € | 41 % | 28 410,95 € | 16 % | 11 087,20 € |
| 90 % | 82 800,00 € | 65 % | 59 800,00 € | 40 % | 27 718,00 € | 15 % | 10 394,25 € |
| 89 % | 81 880,00 € | 64 % | 58 880,00 € | 39 % | 27 025,05 € | 14 % | 9 701,30 € |
| 88 % | 80 960,00 € | 63 % | 57 960,00 € | 38 % | 26 332,10 € | 13 % | 9 008,35 € |
| 87 % | 80 040,00 € | 62 % | 57 040,00 € | 37 % | 25 639,15 € | 12 % | 8 315,40 € |
| 86 % | 79 120,00 € | 61 % | 56 080,00 € | 36 % | 24 946,20 € | 11 % | 7 622,45 € |
| 85 % | 78 200,00 € | 60 % | 55 160,00 € | 35 % | 24 253,25 € | 10 % | 6 929,50 € |
| 84 % | 77 280,00 € | 59 % | 40 884,05 € | 34 % | 23 560,30 € | 9 % | 6 236,55 € |
| 83 % | 76 360,00 € | 58 % | 40 191,10 € | 33 % | 22 867,35 € | 8 % | 5 543,60 € |
| 82 % | 75 440,00 € | 57 % | 39 498,15 € | 32 % | 22 174,40 € | 7 % | 4 850,65 € |
| 81 % | 74 520,00 € | 56 % | 38 805,20 € | 31 % | 21 481,45 € | 6 % | 4 157,70 € |
| 80 % | 73 600,00 € | 55 % | 38 112,25 € | 30 % | 20 788,50 € | 5 % | 3 464,75 € |
| 79 % | 72 680,00 € | 54 % | 37 419,30 € | 29 % | 20 095,55 € | 4 % | 0 € |
| 78 % | 71 760,00 € | 53 % | 36 726,35 € | 28 % | 19 402,60 € | 3 % | 0 € |
| 77 % | 70 840,00 € | 52 % | 36 033,40 € | 27 % | 18 709,65 € | 2 % | 0 € |
| 76 % | 69 920,00 € | 51 % | 35 340,45 € | 26 % | 18 016,70 € | 1 % | 0 € |



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT » - LICENCIÉ MAJEUR PRÉALABLE À LA DEMANDE DE LICENCE (Changement de club ou renouvellement)

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Française de Football selon les règles énoncées à l'article 70 des Règlements Généraux de la F.F.F.

SI VOUS AVIEZ FOURNI UN CERTIFICAT MÉDICAL EN SAISON 2020/2021 OU 2021/2022 ,
répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**.

| DURANT LES 12 DERNIERS MOIS : | | OUI | NON |
|--------------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Avez-vous eu une perte de connaissance ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| À CE JOUR : | | OUI | NON |
| 7 | Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenue durant les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS :

Pas de certificat médical à fournir.

Simplement attesterz, selon les modalités prévues par la F.F.F., sur votre demande de licence (en ligne ou papier), avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

Certificat médical à fournir.

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.