



RESPECT, AMBITION, PLAISIR, SOLIDARITÉ

Dossier reçu le : .....

Dossier validé le : .....

Dossier validé par : .....

Licence n° : .....

Photo d'identité  
(ne pas agraffer ni coller)

Nom et Prénom du joueur(e) :

Date de naissance :

Catégorie du joueur :

**Pour joueur(se) mineur(e)**

Nom/Prénom père :

Profession père :

Employeur père :

Tel portable père :

Nom/Prénom mère :

Profession mère :

Employeur mère :

Tel portable mère :

Mail des parents :

Établissement scolaire :

Portable de l'enfant :

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 : \_\_\_\_\_  
Malade en car : \_\_\_\_\_ Repas sans porc : \_\_\_\_\_  
Emotivité, sensibilité de l'enfant (peur du sang, vertige, etc) : \_\_\_\_\_  
Régime alimentaire : \_\_\_\_\_

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 et/ou celle de votre/vos enfant(s) 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.

**Aussi, nous alertons les parents que leurs enfants doivent être récupérés devant les vestiaires lors des séances d'entraînement et des matchs se déroulant aux différents stades ou gymnase.**

Le club décline toute responsabilité en cas d'accident survenu à un enfant étant parti seul.

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 et ses parents (pour les mineurs) se doivent de connaître et de respecter le règlement intérieur du club.**

Je soussigné(e) Mr ou Mme \_\_\_\_\_ (père, mère, tuteur) de l'enfant  
\_\_\_\_\_ :

☒ Autorise mon enfant à pratiquer le football à l'Olympique Salaise Rhodia et à utiliser les moyens de transport mis à disposition par le club, y compris en voiture particulière. Je dégage la responsabilité du club et des autres personnes pour tout accident qui pourrait survenir.

☒ Autorise l'Olympique Salaise Rhodia à utiliser les images fixes ou audiovisuelles sur lesquelles mon enfant pourrait apparaître (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 des parents (pour les joueurs mineurs), 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 (en 1 fois)
- 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

- ☐ Photocopie d'une pièce d'identité de l'enfant
- ☐ Extrait de naissance de l'enfant
- ☐ Photocopie d'une pièce d'identité des parents
- ☐ Photocopie d'un justificatif de domicile (quittance EDF, LOYER ou TELEPHONE)

**Prix de la cotisation joueur Olympique Salaise Rhodia 2022/2023 :**

- École de football (U6 à U9) : 130 € / (U10 à U11) : 150 €
- Préformation (U12 à U13) : 160 € / (U14 à U18) : 170 €

\* Pack équipements ELDERA offert avec la licence

**PARTIE RESERVEE AU CLUB**

- ☐ Chèque N° : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_
- ☐ Chèque N° : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_
- ☐ Chèque N° : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_
- ☐ Chèque CE : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_
- ☐ Pass'loisirs : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_
- ☐ Carte Pass' N° : \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_
- ☐ Espèces avec chèque de caution N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_
- ☐ Chèques vacances ANCV
- ☐ Pass Sport de 50€
- ☐ Enveloppes timbrées
- ☐ Photo
- ☐ Justificatif de domicile
- ☐ Pièce d'identité
- ☐ Certificat Médical
- ☐ Questionnaire santé

Secrétariat de l'OLYMPIQUE SALAISE RHODIA : Y. DJEMAI 07 71 88 87 05 - D. Chrétien 06 88 57 01 52



# REGLES DE VIE AU SEIN DU CLUB

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



Je respecte mes co-équipiers, les éducateurs, les dirigeants, les adversaires et les arbitres lors d'une rencontre.



Je reste poli(e) avec tout le monde et en toutes circonstances (Je dis bonjour...)



Je suis ponctuel(le) et je préviens mon éducateur en cas de retard ou d'absence.



Je prends soin de ma tenue et du matériel mis à disposition par le club.



Je veille à toujours laisser propres les endroits que je fréquente.



Je respecte les lois du jeu et je ne conteste pas les arbitres qui les font appliquer.



Je participe aux événements organisés par mon club et à son assemblée générale.



Je prends soin de ma santé et veille à mon hygiène de vie.



Je cherche à progresser en refusant toute forme de violence et de tricherie.



Je joue au football avant tout pour me faire plaisir et m'épanouir.



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



Nom du club : .....

N° d'affiliation du club : .....

A remplir intégralement

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

## 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/l/gs-li-min\\_2022\\_2023.pdf](https://www.fff.fr/e/l/gs-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).

## LICENCIÉ MAJEUR : AUTO-QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Le certificat médical est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe n'est applicable que si les deux conditions suivantes sont respectées pendant la période de trois saisons :  
- l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre,  
- l'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé ([https://www.fff.fr/e/l/gs-li\\_2022\\_2023.pdf](https://www.fff.fr/e/l/gs-li_2022_2023.pdf)), et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Par la présente, je confirme avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir :

☐ Répondu **NON** à toutes les questions

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

**Dans tous les autres cas (ex : première demande de licence), vous devez faire remplir le certificat médical ci-dessous.**

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





## LIGUE AUVERGNE-RHÔNE-ALPES / Saison sportive 2022 / 2023 (document non contractuel)

Pour tous renseignements et déclarations d'accident, contactez le Service des Assurances :

Madame CHARLEMAGNE - Tel : 04.73.34.21.79 - 06.30.53.45.92 -

Mail : [laurafoot@mutuelle-des-sportifs.com](mailto:laurafoot@mutuelle-des-sportifs.com)

LaURAfoot - Zi Bois Joli II - 13, rue Bois Joli - CS 20013 - 63808 COURNON D'Auvergne cedex - [laurafoot.fr](http://laurafoot.fr)



Ce document n'est qu'un résumé des contrats d'assurance visés ci-après. Il n'est par conséquent pas contractuel et n'engage pas la responsabilité de MDS CONSEIL, SMACI ASSURANCES, MUTUAIDE, CFDP, MUTUELLE DES SPORTIFS et LIGUE AUVERGNE-RHÔNE-ALPES au-delà des limites des contrats précités.

Il ne saurait en aucun cas se substituer à la notice d'information réglementaire devant vous être remise lors de la prise de votre licence ou de son renouvellement

**ASSURÉS :** • Les licenciés à titre amateur de la Ligue, pratiquant les activités définies ci-dessous, résidant en France dans les Principautés d'Andorre ou de Monaco. • Les pratiquants licenciés à titre amateur résidant hors de France ou d'Andorre ou Monaco, ne sont assurés que si les activités visées ci-dessous sont pratiquées dans les pays visés ci-avant et/ou sous l'autorité de la Ligue, ses districts, ses clubs, groupements ou associations affiliés. • **Au titre de l'assurance Responsabilité Civile :** Les membres de la famille des licenciés et les invités participant aux activités extra sportives à caractère privé et exercées à titre récréatif visées ci-dessous. Les parents ou personnes civilement responsables du fait de licenciés mineurs.

**ACTIVITÉS GARANTIES (sous réserve que ces activités soient organisées par la Ligue, ses districts, clubs, associations ou groupements affiliés) :**

• Activités sportives des assurés pratiquant le football, le futsal. • Activités physiques et sportives nécessaires à l'entraînement et à la préparation physique. • Activités des licenciés non pratiquants, notamment des dirigeants, en rapport avec l'objet de la Ligue. • Stages avec ou sans hébergement réservés aux seuls licenciés. • Sorties pour la pratique d'entraînement et d'activités physiques et sportives des licenciés. • Manifestations festives à caractère privé telles que fêtes, bals, kermesses, repas, sorties (à l'exclusion : des conséquences de l'utilisation de véhicule tracteur à moteur, des manifestations organisées à des fins commerciales / de manifestations organisées au profit d'une autre association ou de toute personne morale ou physique, sauf dans le cadre du Téléthon ou autres actions humanitaires / des courses landaises et corridas). • Déplacements nécessités par les activités visées ci-avant.

**TERRITORIALITÉ :** • Les garanties s'exercent pour les dommages survenus en France, y compris les DOM-TOM et de Monaco. Elles s'exercent également dans les autres pays du monde entier au cours d'un déplacement ou d'un séjour temporaire ne dépassant pas 90 jours, dès lors que le déplacement ou le séjour est organisé par la Ligue, ses districts, clubs, associations ou groupements affiliés et dès lors que le pays d'accueil n'est pas en état de guerre ou d'instabilité politique notoire. • En ce qui concerne les sinistres survenus aux Etats-Unis d'Amérique ou au Canada, il est convenu que sont EXCLUS DE LA GARANTIE : LES DOMMAGES INTERETS PUNITIFS OU EXEMPLAIRES (PUNITIVE DAMAGES OR EXEMPLARY DAMAGES), LES DOMMAGES DE POLLUTION, LES DOMMAGES IMMATÉRIELS NON CONSÉQUENTS.

### 1 / RESPONSABILITÉ CIVILE (extrait du contrat n°351408/Q 3010-0001)

Contrat souscrit par la MDS pour le compte de la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes auprès de SMACI ASSURANCES (Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances - Immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Niort sous le numéro 001 309 605 - 141, avenue Salvador-Allend - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9) // Contrat présenté par MDS CONSEIL - 43 rue Schœffer - 75116 PARIS (SASU de courtage et de Conseil au Capital de 330 144€ - SIRET 434 560 199 00029 - APE 6622Z - N° immatriculation ORIAS : 07 001 479 (www.orias.fr) - Garantie financière et assurance de responsabilité professionnelle conformes aux articles L.530-1 et L.530-2 du code des assurances

#### 1 - DÉFINITIONS :

• **Dommages corporels :** tout dommage portant atteinte à l'intégrité physique, psychique et morale d'une personne. • **Dommages matériels :** toute destruction, détérioration, altération ou disparition d'une chose ou d'une substance, toute atteinte physique à des animaux. • **Dommages immatériels :** tout préjudice, pécuniairement estimable, qui n'est ni corporel, ni matériel, consécutif ou non à un dommage corporel ou matériel. • **Franchise :** Part du sinistre restant à la charge de l'assuré. • **Sinistre :** Tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers, engageant la responsabilité de l'assuré, résultant d'un fait dommageable ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations. Le fait dommageable est celui qui constitue la cause génératrice du dommage (fait générateur). Un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique est assimilé à un fait dommageable unique. • **Fait générateur :** L'acte, l'action, l'inaction de l'assuré, le fonctionnement, le non-fonctionnement, le mauvais fonctionnement d'une activité organisée par l'assuré et, plus généralement, tout fait ou événement à l'origine du sinistre. • **Autrui ou Tiers :** Toute personne, victime de dommages garantis, autre que : l'assuré responsable du sinistre, son conjoint, ses ascendants ou descendants ; les préposés, salariés ou non, les collaborateurs et aides bénévoles de la personne morale souscrite, pour les seuls dommages corporels donnant lieu à application de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Les assurés désignés ci-avant sont réputés tiers entre eux.

#### 2 - PRINCIPALES EXCLUSIONS :

• Dommages causés par une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré. • Dommages résultant de la guerre civile ou étrangère, d'émeutes, mouvements populaires. • Amendes quel qu'en soit la nature et frais afférents mis à la charge d'un assuré. • Dommages résultant de l'observation constatée et délibérée ou inexcusable des dispositions des articles L312-1 à L321-10 du code du Sport, relatif à la sécurité des équipements et des manifestations sportives. • Organisation ou pratique d'exercices dénutrés par rapport aux règles régissant le sport garanti. • Dommages résultant de la pratique des sports suivants : sports aériens (tels que le parachutisme, deltaplane, parapente, saut à l'élastique), manifestations touristes, montgolfières, canyonisme, activités subaquatiques (telles que apnée et plongée), combats libre (MMA, "No Holds Barred", Pancrace et lutte contact), air soft, paintball. • Dommages causés par les véhicules terrestres à moteur, les remorques et semi-remorques dont l'assurance doit l'assuré à la propriété, la conduite ou la garde, qu'ils soient en ou hors circulation, ou utilisés comme engins de chantier ou outils. • Dommages causés par tous engins ou véhicules aériens, maritimes, fluviaux et lacustres dont un assuré à la propriété, la conduite ou la garde (Cette exclusion ne vise pas les dommages dus aux embarcations à rames ou, lorsqu'elles sont d'une longueur inférieure à 5 mètres, à voile ou à moteur d'une puissance réelle inférieure à 30 CV). • Conséquences d'un engagement pris par un assuré dans la mesure où les obligations qui en résultent excluent celles auxquelles il serait tenu en vertu des textes légaux sur la responsabilité.

3 - MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES : Les garanties sont accordées dans la limite des sommes stipulées au tableau des limites de garanties et de franchise ci-dessous.

GARANTIES RESPONSABILITÉ CIVILE (non indexés par sinistre)	MONTANTS	FRANCHISES
Tous dommages confondus	15 000 000 €	Néant
Dont :		
Dommages matériels et immatériels consécutifs	3 000 000 €	1 500 €
Dommages immatériels non consécutifs	1 500 000 €	1 500 €
DEFENSE PENALE / RECOURS	75 000 €	Seuil d'intervention : Amiable : Néant - Judiciaire : 300 €

### 2 / INDIVIDUELLE ACCIDENT (extrait de l'Accord collectif n° 980A20)

Rappel : Ce résumé ne saurait en aucun cas se substituer à la notice d'information réglementaire devant vous être remise lors de la prise de votre licence ou de son renouvellement

Accord collectif n° 980A20 souscrit auprès des Mutuelles 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 Sirene sous le numéro Siren n° 422 801 910

Le licencié a la possibilité de renoncer aux garanties Individuelle Accident (d'un coût de 2,64 € TTC) et donc à toute couverture en cas d'accident corporel par tout moyen permettant de faire la preuve de cette renonciation au siège de la Ligue simultanément à la demande de licence.

#### 1 - DECLARATION D'ACCIDENT - Obligations de l'assuré

Sauf cas de force majeure, tout accident doit être déclaré dans les 5 jours, soit en ligne sur le site Internet de la Ligue - rubrique Assurances [laurafoot.fr](http://laurafoot.fr), soit à l'aide d'un formulaire téléchargeable sur ce même site et adressé à LIGUE AUVERGNE-RHÔNE-ALPES DE FOOTBALL Service des Assurances (cf. adresse postale indiquée ci-dessus). Pour faciliter et accélérer la connaissance des déclarations d'accident, la Mutuelle met à la disposition de ses adhérents un NUMERO VERT (0.800.857.857) utilisable 24 heures sur 7. Ce service ne peut se substituer en matière de preuve à l'envoi d'une déclaration écrite de sinistre, cette dernière restant en toute hypothèse obligatoire. Si l'assuré fait sciemment de fausses déclarations sur la nature et les causes, circonstances ou conséquences d'un sinistre, il est déchu de tout droit à la garantie pour ce sinistre.

#### 2 - PRESCRIPTION

Toutes actions découlant de la présente convention sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court : 1°) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assuré en a eu connaissance ; 2°) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemné par ce dernier. La prescription est portée à dix ans pour les garanties relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. La prescription peut être interrompue par : une des causes ordinaires d'interuption (l'Article 2244 du Code Civil), communication ou saisie signifiées à celui que l'on veut empêcher de prescrire, citation en justice, même en référé, etc.), ainsi que dans les cas ci-après : désignation d'expert à la suite d'un sinistre ; envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception, par la Société à l'Assuré, en ce qui concerne le paiement de la cotisation, par l'Assuré à la Société, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

### OPTIONS COMPLÉMENTAIRES SPORTMUT FOOT AUVERGNE-RHÔNE-ALPES (limite d'âge d'adhésion : 75 ans)

Souscuse de la protection des licenciés et consciente du devoir d'information que la loi lui pèse sur elle, la Ligue Auvergne-Rhône-Alpes de Football a souscrit auprès de la Mutuelle des Sports un contrat de prévoyance « SPORTMUT FOOT » qui permet de bénéficier, au-delà du régime de base attaché à la licence, de garanties complémentaires (Invalidité Permanente, Décès, Indemnités Journalières). Le licencié désireux de souscrire une garantie optionnelle devra remplir le formulaire de souscription téléchargeable sur le site Internet de la Ligue (ou la demande figurant au verso du présent document) et le renvoyer à la MUTUELLE DES SPORTIFS (2/4 rue Louis David - 75782 Paris cedex 16) en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie. Les garanties prennent effet le lendemain de l'envoi de la demande d'adhésion.

Exemples d'options (choisir votre option)	Décès	Invalidité	Indemnités Journalières (3)	Cotisation annuelle Joueur & « Educateur »	Cotisation annuelle Arbitre & Dirigeant non pratiquant
	N° 1	30 500 € (1)		3 € TTC	
(1) Formule réservée aux mineurs âgés de moins de 12 ans	N° 2	15 250 € (2)	30 500 € (2)	5 € TTC	5 € TTC
	N° 3	30 500 €	61 000 €	9 € TTC	9 € TTC
(2) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 85 ans	N° 4	30 500 €	61 000 €	43 € TTC	17 € TTC
	N° 5	45 750 €	91 500 €	14 € TTC	14 € TTC
(3) A compter du 4 <sup>ème</sup> jour, pendant au plus 1095 jours, dans la limite de la perte réelle de revenus	N° 6	45 750 €	91 500 €	56 € TTC	23 € TTC
	N° 7	76 250 €	152 500 €	81 € TTC	43 € TTC
	N° 8			51 € TTC	17 € TTC

#### 3 - DÉFINITIONS

**Accident :** Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et toute mort subite ne résultant pas d'un état pathologique antérieur.

**Invalidité Permanente Totale ou Partielle :** Privation définitive de tout ou partie de ses capacités physiques ou intellectuelles. Pour l'appréciation de cette invalidité, c'est le barème du concours médical (barème indicatif pour apprécier les déficits fonctionnels séquelles ultimes en droit commun) qui sera utilisé et il ne sera tenu compte que de l'invalidité fonctionnelle et en aucun cas de l'invalidité professionnelle. Il ne sera pas tenu compte non plus des préjudices annexes (pretium doloris, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, etc.).

**Incapacité Temporaire Totale de Travail :** Impossibilité complète et temporaire d'exercer sa profession ou toute profession en rapport avec ses aptitudes professionnelles et rémunérations antérieures.

**Principe indemnitaire :** Il est rappelé que conformément à l'article 9 de la loi n° 88-1009 du 31 Décembre 1989, les remboursements ou les indemnisations des frais de soins de santé occasionnés par un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

**Enfants à charge :** Les enfants de l'assuré ou de son conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études et sont rattachés au foyer fiscal de l'assuré ou, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires d'un titre leur reconnaissant un taux d'invalidité au moins égal à 80 %.

4 - GARANTIES : (le M.D.S. arrête ses remboursements à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré)

INVALIDITÉ PERMANENTE (3) ACCIDENT DE SPORT (trajet exclu)	1 000 000 € (capital réductible en fonction du taux d'invalidité, versé en totalité si celui-ci est supérieur à 65%) (3) Avant la consolidation, lorsqu'il 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 rémission, si le blessé n'atteint pas à la consolidation le taux de 66%) 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. (3) En cas d'invalidité inférieure à 65%, capital versé sur la base de 52 000 € (réductible en fonction du taux d'IPP, dans les conditions prévues au contrat et rappelées sur la notice d'information)
INVALIDITÉ PERMANENTE (3) ACCIDENT AUTRE QUE DE SPORT	92 000 € pour 100% d'invalidité (capital réductible en fonction du taux d'invalidité, dans les conditions prévues au contrat et rappelées sur la notice d'information (franchise relative 4%) (3)
DÉCÈS (2)	Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge : 19 820 € (**) // Marié sans enfant à charge : 22 805 € (**) // (**) (+15% par enfant à charge) (2)

Frais de soins de santé (1) Forfait journalier hospitalier	200 % base de remboursement SS Frais réels	Frais de prothèses dentaires Frais de premier appareil orthodontique Bris de lunettes ou de lentilles	245 €/dent 610 € 390 €	Appareil et matériels divers (cannes, béquilles, fauteuils roulants, ...) Prothèses auditives	153 € 460 €
---	---	---	------------------------------	---	----------------

### CAPITAL SANTÉ 1 525 € par accident

Au-delà des prestations de base définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un CAPITAL SANTÉ disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur. L'assuré pourra disposer de ce capital pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes : • Frais pharmaceutiques, médicaux ou chirurgicaux • Prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale • Lunettes et lentilles • Dents fracturées • Prothèses déjà existantes nécessitant réparation ou remplacement, • 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 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. • Frais de transport des accidents pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, dans la limite de 0,25 € par km • Frais d'ostéopathe prescrits et pratiqués par un médecin praticien.

Frais de premier transport	Frais réels	Frais de reconversion professionnelle	7 700 €
Frais de transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	Frais réels	Frais de remise à niveau scolaire	35 €/jour (maxi : 3 000 €) franchise 30 j

(1) Les assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale versent leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.  
(2) En l'absence de stipulation expresse contraire, le capital décès est versé au conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales aux enfants nés ou à naître, à défaut au concubin notoire ou au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut aux héritiers légaux, à défaut au Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes.  
(3) Le barème sera appliqué en faisant abstraction du taux d'invalidité éventuellement préexistant dès lors que cette invalidité préexistante n'est pas la conséquence d'un accident pris en charge par la M.D.S. Seule la majoration du taux d'invalidité imputable à l'accident garanti sera prise en compte. Pour l'application de cette disposition cette majoration du taux est substituée au taux dans le barème annexé susvisé. En revanche, dès lors qu'un assuré a déjà été indemnisé par la M.D.S. et qu'il fait l'objet d'une majoration de son taux d'invalidité déjà attribué, soit en cas d'accidents successifs, soit en cas d'aggravation de son état, le capital dû par la M.D.S. est égal à la différence entre le capital dû au titre du taux d'invalidité majoré et le capital déjà versé au titre du taux d'invalidité préexistant.

5 - EXCLUSIONS : • La pratique professionnelle de toutes activités sportives. • Les accidents qui sont la 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. • Les accidents résultant des effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité.

#### 6 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS : FORMALITES A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

Règlement des frais de soins divers : • Il appartient à l'assuré d'adresser à la M.D.S. ses bordereaux de remboursement du régime obligatoire et le cas échéant de tout régime complémentaire. • Les assurés de la M.D.S. non affiliés à une caisse chirurgicale ou mutualiste, peuvent éviter, lorsqu'ils sont hospitalisés sur le territoire français, de faire l'avance du ticket modérateur et/ou du forfait journalier en fait adresser par l'établissement hospitalier une demande de prise en charge rappelant les références du dossier concerné.

Formalités en cas d'invalidité : Dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans un délai de 90 jours, un certificat médical doit être transmis directement au médecin-conseil de la M.D.S. et doit préciser : le taux d'invalidité probable et la date de consolidation. Si l'assuré est affilié au régime général de la Sécurité Sociale (ou à un régime équivalent) classant son invalidité en 2ème ou 3ème catégorie au sens du Code de la Sécurité Sociale ; la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels et la pathologie dont souffre l'adhérent ; la date de première constatation de l'affection. // La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire et de faire expérimenter l'assuré par un médecin expert ou de son choix. // La reconnaissance de l'invalidité permanente suite à un accident survenu à l'étranger ne peut avoir qu'après le retour de l'assuré en France.

Formalités en cas de décès de l'assuré : Les pièces suivantes doivent être adressées à la M.D.S. : un acte de décès de l'assuré, un certificat médical indiquant la cause du décès, une copie du rapport de police ou de gendarmerie, le cas échéant, une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance. La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire.

### RECLAMATIONS : En cas de désaccord sur l'application des garanties de la M.D.S., l'assuré peut présenter sa réclamation aux Service Reclamations de la M.D.S. :

Tel : 01.53.04.86.30 - Mail : [Reclamations@grpmds.com](mailto:Reclamations@grpmds.com) - Mutuelle des Sportifs - Service Reclamations - 2/4 rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16

### 3 / ASSISTANCE RAPATRIEMENT (Accord collectif 980A20 - garanties souscrites auprès de MUTUAIDE)

Les prestations garanties en cas d'accident ou de maladie graves sont notamment : • Le rapatriement ou le transport sanitaire. • La visite d'un membre de la famille en cas d'hospitalisation supérieure à 10 jours à l'étranger. • La prise en charge des frais médicaux, en complément des versements effectués par les organismes de protection sociale, à concurrence de 5 335,72 €, déduction faite d'une franchise de 15,24 Euros par dossier. • Organisation et prise en charge du retour prématuré de l'assuré en déplacement à l'étranger dans le cadre des activités garanties en cas de décès en France (ou concubin) d'un ascendant au premier degré ou descendant au premier degré. • Le rapatriement, le transport du corps en cas de décès et la prise en charge des frais de cercueil à hauteur de 457,35 € • Frais de recherche et/ou de secours en mer, lac, rivière, sur terre, en montagne...

En cas d'accident : Téléphone 01.45.16.65.70 / Fax 01.45.16.63.92 / Mail : [medical@mutuaide.fr](mailto:medical@mutuaide.fr) Attention : aucune prestation d'assistance ne pourra être prise en charge sans l'accord préalable de MUTUAIDE

### 4 / PROTECTION JURIDIQUE DES VICTIMES DE VIOLENCES DANS LE SPORT (Contrat n° 060DC228559/001 souscrit auprès de CFDP)

Assistance psychologique, Assistance Juridique téléphonique, Garantie pénale, destinées aux victimes de violences sexuelles, physiques et psychologiques  
Ligne dédiée : 05 55 32 70 27 - Service accessible de 9h à 18h, du lundi au vendredi (sauf jours fériés) - Mail : [mdsp@cfdp.fr](mailto:mdsp@cfdp.fr)

### DEMANDE D'ADHESION SPORTMUT FOOT AUVERGNE-RHÔNE-ALPES à retourner à la MDS, 2/4 rue Louis David 75782 PARIS Cedex 16, accompagnée du règlement.

Assuré : M. ☐ Mme. ☐ Mlle. ☐  
(l'adhérent est toujours l'assuré)  
Nom : \_\_\_\_\_ N° de Jeune Fille : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Profession (nature exacte) : \_\_\_\_\_  
Club d'appartenance : \_\_\_\_\_ N° d'affiliation du club à la Ligue : \_\_\_\_\_  
Je déclare être licencié en tant que : ☐ Joueur ☐ Educateur (Technique Régionale, Technique Nationale, Educateur Fédéral & Animateur) ☐ Arbitre ☐ Dirigeant non pratiquant **OPTION CHOISIE : N°** .....

Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré : \_\_\_\_\_  
Ou conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut non concubin notoire ou non partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.  
Autres dispositions : \_\_\_\_\_

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 les renseignements contenus dans ce formulaire peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et que je possède un droit d'accès et de rectification (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Ce droit peut être exercé à l'adresse de la M.D.S.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)



# 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 Sirene 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
<b>DECES</b> - Moins de 12 ans - Célibataire, veuf, divorcé - Marié	<b>19.820 €</b> <b>19.820 €</b> (Majoration de 15% par enfant à charge) <b>22.865 €</b> (Majoration de 15% par enfant à charge)
<b>INVALIDITE PERMANENTE ACCIDENT DE SPORT (trajet exclu)</b>  <b>(*) (voir tableau détaillé en page 2)</b>	<b>Capital de 1.000.000 € si le taux d'invalidité est supérieur à 65% (*)</b> Avant la consolidation, lorsqu'il 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 rémission, 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.  <b>(**)</b> En cas d'invalidité inférieure à 66%, capital versé sur la base de 92 000 € (réductible en fonction du taux d'IPP) (franchise : 4%)
<b>INVALIDITE PERMANENTE ACCIDENT AUTRE QUE DE SPORT</b>	<b>92.000 € (voir tableau détaillé en page 2)</b> (capital réductible en fonction du taux d'invalidité) (franchise relative 4%)
<b>REMBOURSEMENT DE SOINS</b> Frais de soins de santé Forfait journalier hospitalier Prothèses dentaire, par dent Premier appareil orthodontique Bris de lunettes ou lentilles (forfait) Prothèse auditive, par appareil (forfait) Appareils et matériels divers (cannes, béquilles, fauteuils roulants, ...)	200% de la base de remboursement Sécurité Sociale Frais réels 245 € 610 € 390 € 460 € 153 €

GARANTIES	MONTANTS	Franchise
<b>FRAIS DE TRANSPORT :</b> Frais de premier transport & Transports pour se rendre aux soins médicalement prescrits	Frais réels	Néant
<b>RECONVERSION PROFESSIONNELLE</b>	7.700 €	Néant
<b>FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE</b>	35 €/jour de soutien scolaire ou universitaire (maximum : 3.000 €)	30 jours

BONUS SANTE	MONTANT PAR ACCIDENT : 1.525 €
<b>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 épuisé 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 :</b> 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 %	54 240,00 €	34 %	23 560,30 €	9 %	6 236,55 €
83 %	1 000 000,00 €	58 %	53 320,00 €	33 %	22 867,35 €	8 %	5 543,60 €
82 %	1 000 000,00 €	57 %	52 400,00 €	32 %	22 174,40 €	7 %	4 850,65 €
81 %	1 000 000,00 €	56 %	51 480,00 €	31 %	21 481,45 €	6 %	4 157,70 €
80 %	1 000 000,00 €	55 %	50 560,00 €	30 %	20 788,50 €	5 %	3 464,75 €
79 %	1 000 000,00 €	54 %	49 640,00 €	29 %	20 095,55 €	4 %	0 €
78 %	1 000 000,00 €	53 %	48 720,00 €	28 %	19 402,60 €	3 %	0 €
77 %	1 000 000,00 €	52 %	47 800,00 €	27 %	18 709,65 €	2 %	0 €
76 %	1 000 000,00 €	51 %	46 880,00 €	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 %	54 240,00 €	34 %	23 560,30 €	9 %	6 236,55 €
83 %	76 360,00 €	58 %	53 320,00 €	33 %	22 867,35 €	8 %	5 543,60 €
82 %	75 440,00 €	57 %	52 400,00 €	32 %	22 174,40 €	7 %	4 850,65 €
81 %	74 520,00 €	56 %	51 480,00 €	31 %	21 481,45 €	6 %	4 157,70 €
80 %	73 600,00 €	55 %	50 560,00 €	30 %	20 788,50 €	5 %	3 464,75 €
79 %	72 680,00 €	54 %	49 640,00 €	29 %	20 095,55 €	4 %	0 €
78 %	71 760,00 €	53 %	48 720,00 €	28 %	19 402,60 €	3 %	0 €
77 %	70 840,00 €	52 %	47 800,00 €	27 %	18 709,65 €	2 %	0 €
76 %	69 920,00 €	51 %	46 880,00 €	26 %	18 016,70 €	1 %	0 €



## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT » - **LICENCIÉ MINEUR** PRÉALABLE À LA DEMANDE DE LICENCE

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir ou pas 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.

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

**FAIRE DU SPORT : C'EST RECOMMANDÉ POUR TOUS.** En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par **OUI** ou par **NON**, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

### DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE

**OUI** **NON**

Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?

☐☐

As-tu été opéré(e) ?

☐☐

As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?

☐☐

As-tu beaucoup maigri ou grossi ?

☐☐

As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?

☐☐

As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?

☐☐

As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?

☐☐

As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?

☐☐

As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?

☐☐

As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le coeur qui bat très vite) ?

☐☐

As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?

☐☐

As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?

☐☐



#### DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)

OUI NON

Te sens-tu très fatigué(e) ?

☐☐

As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?

☐☐

Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?

☐☐

Te sens-tu triste ou inquiet ?

☐☐

Pleures-tu plus souvent ?

☐☐

Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?

☐☐

#### AUJOURD'HUI

OUI NON

Penses-tu quelques fois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?

☐☐

Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?

☐☐

Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?

☐☐

#### QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS

OUI NON

Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du coeur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?

☐☐

Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?

☐☐

Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans).

☐☐

### SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS :

#### Pas de certificat médical à fournir.

Simplement attestez, 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.