



JOUEUR / DIRIGEANT

DEMANDE DE LICENCE DE FOOTBALL - SAISON 2017-2018

A remplir intégralement



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

En cas de première demande, fournir une photo d'identité. Pour les autres demandes, vérifier le statut de la photo dans FOOTCLUBS.

IDENTITÉ

NOM : Sexe : M [] / F []
PRENOM : Nationalité : FR [] / UE [] / ETR []
Né(e) le : / / Ville de naissance :
Adresse (1):
CP : Ville :
Pays de résidence : Email (1) :
Téléphones : fixe mobile

(1) Je fournis (ou mon représentant légal) une adresse 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 [] Joueur Libre [] Joueur Futsal [] Joueur Entreprise [] Joueur 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, en pages suivantes du présent formulaire, 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

Le demandeur est susceptible de recevoir par courrier des offres commerciales de la FFF et de ses partenaires. Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case []

Les coordonnées d'un demandeur dirigeant 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 []

ATTENTION NOUVEAUTÉ !!!

Si vous avez fourni un certificat médical au cours de la saison 2016/2017, il reste valable pour cette saison à condition de répondre à l'auto-questionnaire médical disponible sur le site fff.fr (https://www.fff.fr/e/l/qs-li.pdf) ou auprès de votre club.

Dans tous les autres cas, vous devez fournir le certificat médical ci-dessous.

Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance de ce questionnaire et j'atteste avoir :

- [] Répondu NON à toutes les questions ; dans ce cas vous n'avez pas de formalités médicales supplémentaires.
[] Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; dans ce cas veuillez faire remplir le certificat médical ci-dessous.

CERTIFICAT MÉDICAL

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

Pour les joueurs (2): Date de l'examen : / / (1)
Bénéficiaire (nom, prénom) (1)
Signature et cachet (1)(5)

- ne présente aucune contre-indication apparente
- à la pratique du football en compétition,
- est également apte à pratiquer dans des compétitions de la catégorie d'âge immédiatement supérieure (3)(4).

Pour les dirigeants :

- ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel.

(1) Obligatoire. (2) Rayer les mentions inutiles. (3) Rayer en cas de non aptitude. (4) Uniquement dans les conditions de participation fixées par les Règlements Généraux. (5) Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée).

Pour un licencié MINEUR

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

Pour un licencié MAJEUR

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

Demandeur :

Signature

Représentant du CLUB

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 :



NOTICE D'ASSURANCE LIGUE PARIS ILE DE FRANCE (saison sportive 2017 / 2018) (document non contractuel)



GROUPE MDS Mutuelle des Sportifs

Pour tous renseignements, contactez : MUTUELLE DES SPORTIFS (MDS) - 2/4 rue Louis David - 75782 PARIS Cedex 16 - Nadia ESNABI - nadia.esnabi@grpmds.com

Le 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, MAIF, MUTUELLE DES SPORTIFS et LIGUE PARIS ILE DE FRANCE au-delà des limites des contrats visés ci-après.

ASSURES : Pour l'ensemble des garanties : Les licenciés à titre amateur de la Ligue, pratiquant les activités définies ci-dessous. Les pratiquants occasionnels non licenciés. Au seul titre de l'assurance Responsabilité Civile : Les membres de la famille des licenciés et les invités participant aux activités extra sportives exercées à titre récréatif visées ci-dessous.

ACTIVITES 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.

TERRITORIALITE : Garanties 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 Monaco.

Cotisation assurance : 1,71 € TTC par licencié (dont 1,11 € TTC au titre des garanties Individuelle Accident)

1 / RESPONSABILITE CIVILE (extrait du contrat n°4025594.P)

Contrat souscrit par la MDS pour le compte de la Ligue Paris Ile de France auprès de la MAIF (Société d'assurance mutuelle à cotisations variables - CS 9000 - 79038 Niort cedex 9s - Entreprise régie par le Code des assurances)

1. - DEFINITIONS :

• Dommages corporels : toute atteinte corporelle, physique, mentale ou morale subie par une personne physique. • Dommages matériels : toute détérioration, dégradation ou destruction, totale ou partielle, disparition d'une chose ou substance, toute atteinte physique à des animaux.

2. - EXCLUSIONS :

• Les dommages causés par une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré. • Les conséquences pécuniaires des dommages résultant de la guerre étrangère, de la guerre civile, d'émeutes, mouvements populaires, attentats et actes de terrorisme, sabotage ainsi que des accidents dus à des grèves ou lock out de la personne morale assurée.

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.

Table with 3 columns: GARANTIES RESPONSABILITE CIVILE, MONTANTS, FRANCHISES. Rows include Dommages corporels, Dommages matériels et immatériels consécutifs, DEFENSE RECOURS / PROTECTION JURIDIQUE.

2 / INDIVIDUELLE ACCIDENT (extrait de l'Accord collectif n°980A18)

Accord collectif n° 980A18 souscrit auprès de la 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

Le licencié a la possibilité de renoncer aux garanties Individuelle Accident (d'un coût de 1,11 € 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

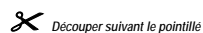
Sauf cas de force majeure, tout accident doit être déclaré dans les 5 jours soit en ligne sur le site Internet de la M.D.S. www.mutuelle-des-sportifs.com (rubrique « Déclaration d'accident »), soit à l'aide d'un formulaire téléchargeable sur le site de la Ligue de Paris Ile-de-France paris-idf.fff.fr

2. - PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant 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'assureur 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.

3. - DEFINITIONS

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. Toute mort subite est assimilée à un accident. Invalidité Permanente Totale ou Partielle : Privation définitive de tout ou partie de ses capacités physiques ou intellectuelles.



Découper suivant le pointillé

OPTIONS COMPLEMENTAIRES SPORTMUT FOOT PARIS ILE DE FRANCE (limite d'âge d'adhésion : 75 ans)

Soucieuse de la protection des licenciés et consciente du devoir d'information que la loi fait peser sur elle, la Ligue Paris Ile de France de Football a souscrit auprès de la Mutuelle des Sportifs 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).

Table with 5 columns: Exemples d'options (cocher l'option choisie), Décès, Invalidité, U (à compter du 4ème jour, pendant au plus 1095 jours), Cotisation annuelle Joueur, Educateur Fédéral, Animateur, Moniteur & Entraîneur, Cotisation annuelle Arbitres, Dirigeants non pratiquants. Rows include N° 1 to N° 10.

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 %.

Subrogation : La M.D.S. est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident (ou à ses ayants droit) dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées par elle.

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

Capitaux INVALIDITE & DECES (**)	Montants et franchises	FRAIS MEDICAUX (*)	Montants
DECES (**)	15 000 € - Mineur non émancipé - Majeur ou mineur émancipé, célibataire - Majeur et marié 27 500 € (+ 15% par enfant à charge) 31 000 € (+ 15% par enfant à charge)	Frais de soins de santé Forfait journalier hospitalier Frais de prothèses dentaires (par dent, maximum 5) Frais d'appareil orthodontique (bris et perte) Bris de lunettes ou de lentilles (forfait) Prothèses auditives Appareil et matériels divers (cannes, béquilles, fauteuils roulants, ...)	300 % base de remboursement SS Frais réels 300 € / dent 700 € 400 € 500 € 300 €
INVALIDITE (réductible en fonction du taux d'IPP) (***) Franchise relative de 4%	92 000 € (pour 100% d'IPP)		

BONUS SANTE 1 200 € par accident
Au-delà des prestations de base définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un BONUS SANTE 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 en disposer pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes : • Dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux • Prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale • Lunettes et lentilles • Frais de prothèse dentaire • En cas d'hospitalisation : majoration pour chambre particulière (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 / versement d'une indemnité journalière, non soumise à conditions de revenus, d'un montant de 20 € par jour, pendant la durée de l'hospitalisation et au maximum pendant 100 jours • Frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles • Frais d'ostéopathie prescrits et pratiqués par un médecin praticien • Tous frais de santé prescrits par un médecin praticien

Frais de 1 ^{er} transport // Frais de transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	Frais réels	Frais de reconversion professionnelle	7 000 €
Frais liés au redoublement de l'année d'études	7 000 €	Frais de remise à niveau scolaire	40 € / jour (maximum : 2 500 €) franchise 15 jours

(*) Les assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.

(**) En l'absence de stipulation expresse contraire de l'assuré, 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.

(***) Ce 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 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

RECLAMATIONS : En cas de réclamation, l'assuré peut s'adresser au Service Réclamations :
 ☎ 01.53.04.86.30 - 📠 01.53.04.86.10 - ✉ Reclamations@qrmds.com - ✉ Groupe MDS - Service Réclamations - 2/4 rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16

3 / ASSISTANCE RAPATRIEMENT (extrait du contrat n°4025594.P souscrit auprès de la MAIF)

MAIF ASSISTANCE est joignable 7j/7, 24h/24
Au 05 49 34 88 27 (appel gratuit depuis un poste fixe), si vous êtes en France. / Au 00 33 5 49 34 88 27, si vous êtes à l'étranger

ASSISTANCE AUX PERSONNES	
Transport sanitaire	Frais réels
Attente sur place d'un accompagnant	80 €/nuît, maximum 15 nuits
Voyage aller et retour d'un proche (si l'assuré hospitalisé plus de 7 jours)	80 €/nuît, maximum 15 nuits
Prolongation de séjour pour raison médicale	80 €/nuît, maximum 15 nuits
Poursuite du voyage (état ne nécessitant pas un retour au domicile)	Prise en charge des frais de transport pour poursuivre le voyage interrompu, dans la limite des frais qui auraient été engagés pour le retour au domicile
Frais médicaux et d'hospitalisation / Assurés domiciliés en France	Prise en charge sous forme d'avance et en complément du régime de prévoyance, des frais engagés sur place, à hauteur de 4.000 € en France et 80.000 € à l'étranger
Frais médicaux et d'hospitalisation / Assurés domiciliés hors de France	Prise en charge en complément du régime de prévoyance (ou à défaut de couverture sociale), des frais engagés sur place, à hauteur de 30.000 € en France et 80.000 € à l'étranger
Recherche et expédition de médicaments et de prothèses	Recherche sur place (ou expédition) des médicaments indispensables, le coût de ceux-ci restant à la charge de l'assuré
Frais de recherches et de secours	Dans la limite de 30 000 €
ASSISTANCE EN CAS DE DECES	
Décès de l'assuré en déplacement	Prise en charge du transport du corps jusqu'au lieu d'obsèques ou d'inhumation (y compris frais de cercueil)
Déplacement d'un proche	80 €/nuît, maximum 15 nuits
Retour anticipé	Transport jusqu'au lieu d'inhumation ou d'obsèques
ASSISTANCE AUX PERSONNES VALIDES	
Retour des autres bénéficiaires	Frais réels
Accompagnement d'une personne handicapée ou d'un enfant de moins de 15 ans	Voyage aller-retour d'un proche ou d'un accompagnant habilité
Attente sur place de la réparation du véhicule	80 €/nuît, maximum 15 nuits
Retour anticipé pour se rendre au chevet d'un proche	Titre de transport
Retour en cas d'indisponibilité du véhicule	Prise en charge du retour au domicile
Sinistre majeur concernant la résidence	Prise en charge du retour au domicile

✂ Découper suivant le pointillé

DEMANDE D'ADHESION SPORTMUT FOOT PARIS ILE DE FRANCE à retourner à la MDS, 2/4 rue Louis David 75782 PARIS Cedex 16, accompagné du règlement.

Assuré : M. Mme. Mlle. (l'adhérent est toujours l'assuré)

Nom : _____ Nom 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 Fédéral / Animateur / Moniteur / Entraîneur Arbitre Dirigeant non pratiquant **OPTION CHOISIE : N°**

Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré :
 Mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon concubin notoire ou mon 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 »)

INFORMATIONS IMPORTANTES

LICENCE & ASSURANCE 2017/2018

CONTRATS D'ASSURANCE LICENCE

Depuis le 1^{er} Juillet 2016, la Ligue a souscrit des contrats d'assurance pour ses clubs et ses licenciés auprès de la Mutuelle des Sportifs (M.D.S.). Les références de ces contrats sont les suivantes :

- **Contrat Individuelle Accident n°980A18** souscrit auprès de la Mutuelle des Sportifs (M.D.S.).
- **Contrat Responsabilité Civile & Assistance Rapatriement n°4025594.P** souscrit par la M.D.S. pour le compte de la Ligue auprès de la MAIF.

Figure en pages suivantes un résumé des garanties incluses dans ces contrats ; des notices d'information sont téléchargeables sur le site Internet de la Ligue de Paris Ile-de-France, paris-idf.fff.fr (rubrique « Formulaires »).

LE CONTROLE MEDICAL

Pour les joueurs et les dirigeants, **le certificat médical est valable pour une durée de 3 saisons. Ce principe n'est toutefois applicable que si les 2 conditions suivantes sont respectées pendant toute cette période de 3 saisons :**

- . L'intéressé doit conserver sa qualité de licencié F.F.F. d'une saison à l'autre,
- . L'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé et attester sur la demande de licence (cf. page 1 du présent document) d'une réponse négative à toutes les questions.

La délivrance d'un nouveau certificat médical est obligatoire :

- . pendant cette période de 3 saisons si l'une des 2 conditions susvisées n'est pas remplie,
- . dans tous les cas, à l'issue de cette période de 3 saisons.

Rappel : compte tenu des termes du contrat d'assurance licence conclu par la Ligue auprès de la MUTUELLE DES SPORTIFS, **le certificat médical n'est pas exigé pour les Dirigeant(e)s.**

Cas pratiques :

1. Le demandeur de la licence 2017/2018 a fourni un certificat médical au cours de la saison 2016/2017 et il a répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé : le certificat médical produit en 2016/2017 reste valable et le demandeur n'a donc pas à fournir un nouveau certificat médical pour 2017/2018.
2. Le demandeur de la licence 2017/2018 a fourni un certificat médical au cours de la saison 2016/2017 mais il a répondu OUI à l'une des questions du questionnaire de santé : il doit obligatoirement fournir un nouveau certificat médical pour 2017/2018.
3. Le demandeur de la licence 2017/2018 n'était pas licencié F.F.F. au cours de la saison 2016/2017 : il doit obligatoirement fournir un certificat médical pour 2017/2018.

LA DECLARATION EN CAS D'ACCIDENT

Pour une meilleure efficacité de traitement, vous avez la possibilité de faire votre **déclaration d'accident en ligne** via la plateforme M.D.S dédiée : <https://www.mutuelle-des-sportifs.com> (rubrique « Déclaration d'accident » ; **NB** : lors de votre première connexion, il vous sera demandé de créer un compte).

Vous avez toujours la possibilité de faire votre déclaration à l'aide du bordereau papier (téléchargeable sur le site de la Ligue) qui pourra être envoyé par :

Voie postale : Mutuelle des Sportifs 2/4 rue Louis David 75782 Paris cedex 16

Fax : 01 53 04 86 87

Email : prestations@grpmds.com