



Bulletin d'adhésion 2018-2019

Association Paris Lutte

A renseigner et à remettre ce bulletin avec l'ensemble des pièces au Secrétaire de PARIS LUTTE :

- Chèque(s) de cotisation.
- Un certificat médical si besoin.
 - Une photo d'identité.
 - Un justificatif Sécurité sociale.
- Le formulaire de demande de la licence (**à remplir avec soin**).
- Le formulaire d'adhésion ou de non-adhésion à la complémentaire assurance SPORTMUT (nécessaire même en cas de non adhésion).

Je demande mon adhésion à l'association PARIS LUTTE (Paris Wrestling Club). Je m'engage à respecter ses statuts et son règlement intérieur. J'ai pris connaissance de tous les documents à fournir à l'inscription et du montant de la cotisation.

Les informations ci-dessous, destinées au secrétariat de l'association, sont strictement confidentielles.

Mes coordonnées :

Nom :

Prénom :

Genre (si vous souhaitez le préciser) :

Né-e le : / /

Profession :

Habitant au (n° et rue) :

Complément d'adresse

Code postal : Ville :

Tél. mobile :

E-mail (**important**) :

Personne à prévenir en cas d'accident ou d'urgence (impératif) :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Lien (conjoint-e, parent, ami-e...) :

Particularités dont vous souhaitez informer PARIS LUTTE :

Santé, renseignements divers... :

.....

J'autorise l'association Paris Lutte, les pompiers, les médecins et/ou le personnel médical à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident.

Fait à Paris le : / /

Signature :

Rappel : la cotisation

Le montant de la cotisation annuelle est forfaitaire et s'applique quel que soit le nombre d'entraînements suivis par semaine. Toute année commencée, quelle que soit la date d'inscription, est due en totalité. La cotisation vous permet de participer à tous les entraînements réguliers organisés par PARIS LUTTE ainsi qu'aux autres activités sportives, conviviales ou associatives. PARIS LUTTE demande une licence sportive pour tous ses adhérents. En votre qualité de licencié, vous êtes automatiquement assuré (voir notice d'information fournie avec le dossier) :

Responsabilité Civile : contre les conséquences financières d'un accident que vous pourriez occasionner à autrui, engageant votre responsabilité civile, à l'occasion de votre participation aux activités sportives (compétitions, entraînements, stages, ...) et extra-sportives (fêtes, kermesses, repas...) du club.

Individuelle Accident : Remboursement **des « restes à charge »** non pris en charge par la Sécurité Sociale et/ou le régime de prévoyance personnel. Versement capital invalidité, indemnité décès, assistance rapatriement, prise en charge frais de transport...

Décharge

Suite à mon inscription, je décharge l'association PARIS LUTTE, ses responsables, les animateurs, ses membres, de toutes réclamations, actions juridiques, frais, dépenses et requêtes suite à des blessures ou dommages occasionnés à ma personne ou à ma propriété, en raison de ma pratique sportive.

Je consens à assumer tous les risques connus et inconnus, et toutes les conséquences afférentes ou liées au fait que je pratique la lutte dans le cadre des activités de l'association. Je consens à respecter tous les règlements, toutes les règles et conditions de cette pratique sportive.

Je certifie que :

- 1) Je suis en bonne condition physique et que je ne souffre d'aucune blessure, maladie ou handicap, que je n'ai jamais eu de problèmes cardiaques ou respiratoires décelés à ce jour.
- 2) Aucun médecin, infirmier, entraîneur, ne m'a déconseillé la pratique de ce sport.
- 4) Je m'engage à compléter l'assurance proposée par PARIS LUTTE dans la cadre de la licence, si je le juge nécessaire.

J'accepte, de mon plein gré, d'adhérer à l'association PARIS LUTTE en sachant les risques que j'encours et les conditions dans lesquelles ses activités sportives vont se dérouler.

Date et signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Annuaire

L'association propose un annuaire interne destiné uniquement aux adhérents. Veuillez mentionner ci-dessous les renseignements que vous souhaitez voir figurer dans cet annuaire. En dehors du nom et du prénom, toutes les rubriques sont facultatives.

Nom : Prénom :

Adresse :

E-mail :

Téléphone mobile :

Page Facebook et/ou URL d'une page web personnelle :



Formulaire destiné aux adhérents afin de fournir les informations au processus de prise de licence
Ce bulletin (page 1 et 2), dûment complété, sera archivé au club et pourra être exigé par la FFLDA.

CLUB : PARIS LUTTE — PARIS WRESTLING CLUB

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM Prénom Tel

Adresse Code Postal Localité

QPV Quartier Prioritaire de la Politique de la Ville (ZRR automatiquement enregistré avec l'adresse du licencié)

E-mail (obligatoire) J'autorise l'utilisation interne du mail par la FFL.

Date de naissance : / / Dpt naissance : (00 hors France) Lieu naissance :

Sexe : Féminin Masculin **Nationalité** : Française Autre

J'accepte que soient diffusés sur le site internet public mon nom, prénom, club, catégorie d'âge et discipline.

2 - LICENCE DEMANDÉE

DISCIPLINES Cocher la (les) discipline(s) pratiquée(s). Ajouter le chiffre 1 à gauche de la discipline principale.

- LUTTE** **GRAPPLING** **SAMBO**
- 3^{ème} membre d'une famille Pratique Wrestling-Training
- J'exerce une fonction dirigeant (élu au club, au comité régional, au comité départemental, à la FFLDA)
- Licence SDAC (Soutien Dirigeant Autre Club) uniquement si déjà licencié dans un autre club - Pas de compétition

3 - INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'urgence, d'intervention médicale ou chirurgicale, je donne (1), ne donne pas (1) (1) : rayer mention inutile)
l'autorisation aux dirigeants à faire pratiquer les soins d'urgence. Pour mineur, signature d'un parent ou tuteur légal.

NOM, Prénom, qualité du signataire :

N° téléphone (cas d'urgence) : Signature :

4 - DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

JE SOUSSIGNÉ, **DÉCLARE :**

NOM Prénom du demandeur ou du représentant légal

- Avoir remis à un responsable de mon club, dûment complétés, l'ensemble des informations demandé sur ce bulletin (page 1 et 2).
- Donner acte à la fédération qui m'engage à contracter des extensions de garantie, par une démarche personnelle auprès de l'assureur.
- Etre informé que les renseignements nominatifs recueillis ci-dessus, obligatoires pour la délivrance de la licence, sont l'objet d'un traitement informatique de la FFLutte, auprès de laquelle pourra s'exercer un droit d'accès et de rectification (loi n° 78-17 du 6/01/1978).
- Autoriser l'utilisation de l'image à titre sportif (si refus, rayer cette phrase).
- Atteste sur l'honneur, de la véracité des renseignements et déclarations figurant ce bulletin.

DE PLUS, JE DECLARE AVOIR :

- Reçu et pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence FF LUTTE et de leur coût, qui m'ont été remises en mains propres au titre de la présente saison.
- Reçu et pris connaissance du bulletin d'adhésion « SPORTMUT LUTTE » permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires à l'assurance « accidents corporels de base » auprès de la Mutuelle des Sportifs.

GARANTIE DE BASE INDIVIDUELLE ACCIDENT

- OUI**, je souhaite bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » proposée par la fédération
- NON**, je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel.

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES « SPORTMUT LUTTE »

- OUI**, je souhaite souscrire une option complémentaire. Dans ce cas, je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur, en remplissant le formulaire de souscription attaché au présent bulletin et en le retournant à la Mutuelle des Sportifs en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie.

Date / / Signature

5 - MONTANT A PAYER

Licence FFLDA		Cotisation club	COÛT TOTAL	Pièces à joindre
Licence avec assurance responsabilité civile (4 €)	38 €	€	€	1. Document officiel avec photo attestant de l'identité et de la nationalité. 2. Photo d'identité format numérique*
Garantie individuelle accident proposée par la FFLDA	3,16 €			

* Photo devra obligatoirement être téléchargée sur intranet FFLDA pour l'inscription aux compétitions par intranet



6 - AUTORISATION PARENTALE - CONTROLE ANTIDOPAGE SUR LES MINEURS

En application de l'article R.232-52 du code du sport

Je soussigné(e) (Nom Prénom) Agissant en qualité de
représentant légal de l'enfant mineur (Nom Prénom de l'enfant) :

Autorise tout préleveur agréé par l'Agence Française de lutte contre le dopage, en lui présentant ce document, à
procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang...) lors d'un contrôle antidopage sur
cet enfant mineur.

Fait àle / / Signature :

L'absence d'autorisation parentale est constitutive d'un refus de se soumettre aux mesures de contrôle et est
susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

7 - QUESTIONNAIRE DE SANTÉ - Décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 - Arrêté du 20 avril 2017

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence.
Ce questionnaire ne concerne pas les nouveaux licenciés et ceux souhaitant pratiquer le « *grappling combat* »
ou le « *sambo combat* » qui doivent nécessairement fournir un certificat médical chaque saison.

- J'atteste avoir répondu « **NON** » à toutes les questions ci-dessous et le certificat médical de 2017-2018
est encore valable pour la saison 2018-2019. Je n'ai pas à compléter le certificat médical ci-dessous.
- J'atteste avoir répondu « **OUI** » à au moins une question et dans ce cas je dois compléter et fournir à
mon club le certificat médical ci-dessous en consultant un médecin.

Les réponses qui relèvent de la responsabilité du licencié sont confidentielles **et ne doivent pas apparaître sur ce document**

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?
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 ?
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?
A CE JOUR
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.) survenu durant les 12 derniers mois ?
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour raisons de santé ?
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

8 - CERTIFICAT MÉDICAL - Pris en application des articles L.231-2 et L.231-3 du Code du Sport

Ce certificat médical, établi par un médecin de votre choix, doit être daté de moins d'un an au moment de la
demande de création ou de renouvellement de licence.

Je soussigné, Docteur (Nom Prénom) :

Demeurant à :

Certifie avoir examiné ce jour M. /Mme (Nom prénom)

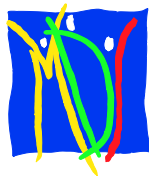
Né(e) le ... / / Demeurant à :

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique à l'entraînement et en compétition des disciplines
suivantes : Lutte Grappling* Sambo* Fait à Le / /

* Pour le Sambo combat et le Grappling combat des certificats médicaux spécifiques sont à fournir.

Cachet du médecin

Signature du médecin



LA DEMANDE D'ADHÉSION SPORTMUT LUTTE

Contrat collectif de prévoyance complémentaire réservé aux licenciés de la FF LUTTE bénéficiant auprès de la MDS de garanties collectives de base

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) : _____
 Association sportive d'appartenance de l'assuré : _____

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat « SPORTMUT » ayant pour objet de proposer des **garanties complémentaires** en cas de dommage corporel suite à un accident de sport survenu pendant la pratique de la lutte **en sus du régime de prévoyance de base** dont je suis déjà bénéficiaire auprès de la M.D.S. de par mon affiliation à la FF LUTTE

J'ai décidé d'adhérer à SPORTMUT
 de ne pas y adhérer

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.
 Autres dispositions : _____

Cocher la formule choisie	Capital Décès	Capital Invalidité (pour 100 % d'invalidité)	Indemnités Journalières	Cotisation Globale annuelle TTC	
<input type="checkbox"/> *	-	30 500 €	-	6,30 €	Dans toutes ces formules, les indemnités journalières sont versées à compter du 31 ^{ème} jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4 ^{ème} jour en cas d'hospitalisation et ce jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours.
<input type="checkbox"/> **	15 250 €	30 500 €	-	7,70 €	
<input type="checkbox"/>	15 250 €	-	8 €/Jour	17,70 €	
<input type="checkbox"/>	15 250 €	30 500 €	8 €/Jour	20,60 €	
<input type="checkbox"/> *	-	61 000 €	-	9,30 €	
<input type="checkbox"/>	30 500 €	61 000 €	-	12,00 €	
<input type="checkbox"/>	30 500 €	-	16 €/Jour	32,00 €	
<input type="checkbox"/>	30 500 €	61 000 €	16 €/Jour	38,00 €	
<input type="checkbox"/> *	-	91 500 €	-	12,20 €	
<input type="checkbox"/>	45 750 €	91 500 €	-	16,40 €	
<input type="checkbox"/>	45 750 €	-	24 €/Jour	46,40 €	
<input type="checkbox"/>	76 250 €	152 500 €	38 €/Jour	89,80 €	

(*) Options réservées aux mineurs âgés de moins de 12 ans

(**) Seule formule pouvant être accordée aux personnes âgées de plus de 65 ans

Si les formules indiquées dans le tableau ci-dessus ne sont pas adaptées à vos souhaits, vous pouvez en choisir d'autres : il vous suffit de contacter la M.D.S.

Le non renouvellement de la cotisation annuelle par l'assuré met fin de plein droit à l'adhésion 40 jours après le terme principal de la dernière échéance. 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 par la FF LUTTE 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 MDS indiquée ci-dessous..

Fait à _____, le _____
 Signature de l'adhérent (précédée de la mention « lu et approuvé »)

Cachet de la Fédération ou de l'Association affiliée



SPORTMUT FFLUTTE

CONTRAT COLLECTIF DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE RÉSERVÉ AUX LICENCIÉS DE LA FF LUTTE BÉNÉFICIAIRE AUPRES DE LA MDS DE GARANTIES COLLECTIVES DE BASE

NOTICE D'INFORMATION

En adhérant à SPORTMUT vous pouvez bénéficier de garanties complémentaires en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique de la lutte :

UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'invalidité égale à 100%. Ce capital est réduit lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 100%. **Aucun capital n'est versé pour un taux d'invalidité inférieur ou égal à 5%.**

DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Garantie ne pouvant être souscrite que si vous exercez une activité professionnelle rémunérée régulière.

Les indemnités vous sont versées mensuellement à terme échu, dans la limite de la perte de revenus réelle et du montant de garantie souscrit (sous déduction des indemnités versées par le(s) régime(s) de prévoyance et de celles attribuées au titre de la loi sur la mensualisation et de la convention collective applicable), après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise. **La période de franchise n'est pas indemnisée.**

L'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de votre état de santé.

Vous ne pouvez choisir un montant de garantie qui vous ferait bénéficier en arrêt de travail de ressources supérieures à celles dont vous disposez en période d'activité.

Un justificatif de revenus est exigé.

UN CAPITAL DÉCÈS

Versé au bénéficiaire désigné.

FORMULES ENFANT

Seules les formules marquées d'un astérisque (*) dans le tableau figurant au recto peuvent être souscrites pour les mineurs de moins de 12 ans,

Pour les mineurs âgés de 12 à 18 ans, le bulletin devra être revêtu de la signature de ceux-ci et de celle des parents ou des représentants légaux.

FORMULE PLUS DE 65 ANS

Seule la formule marquée de deux astérisques (**) dans le tableau figurant au recto peut être souscrite par les personnes âgées de plus de 65 ans.

MODALITÉS D'ADHÉSION

Des formules de garanties pré-tarifées vous sont proposées, comme indiqué au recto.

Si l'une de ces formules vous convient, vous pouvez remplir la demande d'adhésion et l'adresser à la MDS accompagnée de votre règlement (*).

A réception il vous sera adressé un certificat d'adhésion accompagné des conditions générales du contrat SPORTMUT. Vous disposerez alors d'un délai de 40 jours pendant lequel vous pourrez renoncer à votre adhésion. Passé ce délai votre adhésion deviendra définitive.

Si ces formules ne sont pas adaptées à vos souhaits, vous pouvez en choisir d'autres : il vous suffit de contacter la M.D.S.

(*) Les garanties prennent effet le lendemain de l'envoi de la demande d'adhésion accompagnée du règlement de l'option choisie.