



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

IDENTITE

NOM* :
PRENOM* : Nationalité* :
Né le* : / / à CP* : Ville de naissance* :
Adresse (1)* :
.....
..... CP* : Ville* :
Pays de résidence* :
Téléphones : fixe mobile*
Email (1) :

(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 compte FFF – <https://mon-compte.fff.fr>) 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.

DERNIER CLUB QUITTE (obligatoire en cas de changement de club)

Saison : - Nom du club :
Fédération étrangère le cas échéant :

CERTIFICAT MEDICAL

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

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

- en compétition,

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

Date de l'examen : / / (1)

Bénéficiaire (nom, prénom) (1)

Signature et cachet (1)(3)

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

OFFRES COMMERCIALES

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

RAPPEL

Seuls les clubs participant au Championnat de France de D1 Futsal sont autorisés à utiliser des joueuses sous contrat fédéral dans l'équipe première du club.

ASSURANCES

Veillez prendre connaissance du formulaire assurances à remplir, à signer et à joindre au contrat fédéral.

Pour un licencié MINEUR

Je soussigné(e)*
Père / Mère / Tuteur 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 et le représentant habilité du club certifient que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Représentant légal

Nom, prénom*
Signature*

Représentant du club Le* / /

Signature et nom*

Pour un licencié MAJEUR

Le demandeur et le représentant habilité du club certifient que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Demandeur*

Signature*

Représentant du club Le* / /

Signature et nom*

FORMULAIRE ASSURANCES - CONTRAT N° 35801237

Cotisations saison 2024/2025

NOTE D'INFORMATION À L'ATTENTION DES SECRÉTAIRES DES CLUBS

L'article 38 de la loi N° 84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives, institue l'obligation pour les Clubs, d'informer leurs joueurs sur l'intérêt de souscrire un contrat d'assurance de personnes ayant pour objet une garantie en cas de dommages corporels.

Il est bon de rappeler que la **LICENCE ASSURANCE** prévoit les garanties exigées par le règlement fédéral, soit :

Responsabilité Civile :	couvert
Versement d'un capital décès accident :	montant 50 000 €
Incapacité permanente totale accidentelle :	50 000 € (réductible selon barème)
Perte de licence :	montant 50 000 €
Incapacité temporaire accidentelle :	40 € / jour (après une franchise de 90 jours, cette indemnité cesse le 365 ^{ème} jour d'incapacité)
Coma :	30 € / jour de coma (après une franchise de 10 jours, cette indemnité cesse le 365 ^{ème} jour d'incapacité)
Aménagement du domicile/véhicule :	montant 5 000 €

Les responsables de Clubs ont donc tout intérêt à réfléchir à la situation de leurs joueurs fédéraux en cas d'arrêt de travail provoqué par un accident sportif !

TARIF DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES, par joueur, pour les joueurs fédéraux, en compléments des garanties déjà souscrites par la Fédération Française de Football.

Les montants exprimés des cotisations s'entendent « par saison »

CAPITAUX COMPLÉMENTAIRES

(à ceux du contrat de base) - Options non cumulables entre-elles.

	OPTION A	OPTION B	OPTION C
Décès / Invalidité	8 000 € / 8 000 €	16 000 € / 16 000 €	25 000 € / 25 000 €
Perte de revenus *	8 € / jour	16 € / jour	25 € / jour
* Dans la limite de la perte de salaire subie, conformément au contrat (Franchise 90 jours).	Personnes sans activité (Chômeurs, retraités, apprentis...)	Personnes avec activité exclusivement	
Montants annuel des cotisations à régler par joueur			
	↓	↓	↓
	58 €	106 €	130 €

NB : Tableau de garanties non contractuel, seul le contrat signé entre les parties fait foi. En cas de nécessité, vous pouvez procéder par photocopie du présent document

À REMPLIR, DATER ET À SIGNER PAR LE JOUEUR

Je soussigné(e) (nom, prénom) reconnais avoir pris connaissance, dans le document joint :

- 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 l'une des deux cases) :

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

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

ROEDERER, 9 Rue de la Haye 67300 SCHILTIGHEIM
Tél : 03 88 76 75 20 - Fax : 03 88 76 73 10
E-mail : gestionABR.entreprise.strasbourg@roederer.fr

Date :

SIGNATURE (joueur) :