



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 n'ayant pas le statut professionnel, au sens du Règlement Administratif de la L.F.P., qui participent au Championnat National 1, dits clubs indépendants, au Championnat National 2, au Championnat National 3, au Championnat Régional 1 et au championnat de la division supérieure de la Ligue de la Réunion et de la Ligue de Guadeloupe sont autorisés à utiliser des joueurs sous contrat fédéral dans l'équipe première du club.

En cas de demande de renouvellement de licence fédérale, l'éventuelle nouvelle rémunération du joueur applicable pour la saison 2024/2025 doit être fixée dans le cadre d'un avenant au contrat fédéral.

**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\* .....

(\*) Champs obligatoires.  
Vos données sont collectées par la FFF comme responsable de traitement aux seules fins de gestion de votre demande de licence. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, consultez notre Politique de confidentialité dédiée : <https://www.fff.fr/e/l/RGPD.pdf>

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

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	
<b>Montants annuel des cotisations à régler par joueur</b>			
	↓	↓	↓
	<b>58 €</b>	<b>106 €</b>	<b>130 €</b>

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) :