

Dossier d'inscription

ADULTE



Récapitulatif des pièces à fournir :

- la fiche de renseignement (page 2)
- le certificat médical de la FFBaD **obligatoire** (page 3)
- la fiche de la FFBaD pour la demande de licence (page 5)
- un justificatif de domicile pour les Coulainais
- le règlement de la cotisation de 95€ (+3€ pour les non Coulainais).

Toute demande incomplète ne sera pas prise en compte !

*A retourner à Fabien HERILLARD, 8 rue des bruyères 72190 Sargé-lès-Le Mans
ou à un membre du bureau aux créneaux d'entraînement*

S'agit-il : d'une nouvelle licence d'un renouvellement de licence, N° : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom : Prénom :

Sexe : Féminin Masculin Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_|_| Ville :

Téléphone Mobile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone Fixe : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Email :

Important : le mail sera utilisé par le club comme moyen pour joindre les licenciés.

- Créneaux : Lundi : 18h30 - 20h00 à Camus (entraînement ADULTES **débutants**)
 Lundi : 20h00 - 22h00 à Camus (entraînement ADULTES **confirmés**)
 Vendredi : 20h30 - 22h30 à Braque (jeu libre ouvert à tous)

Montant de la cotisation : 95€ (+3€ pour les non Coullainais).

- Mode de paiement : Chèque à l'ordre de JSC Badminton Compétition
 Espèce
 Autre : *Bon Temps Loisirs, Chèque vacances, Chèques collège (maximum 36€), Passeports culture et sport.*

Interclubs

- Je souhaite participer au championnat interclubs : oui en remplaçant, si besoin non
Je serai présent(e) les : Journée 1 : 16 nov. Journée 2 : 14 déc. Journée 3 : 25 janv.
 Journée 4 : 8 mars Journée 5 : 22 mars

Tournois individuels

- Je souhaite participer à des tournois individuels : oui non

Pour plus de renseignements sur le championnat interclubs et les tournois individuels, n'hésitez pas à contacter un responsable lors des entraînements.

Autorisation de diffusion d'images (article 9 du code civil)

J'autorise la diffusion de photos prises dans le cadre des différentes manifestations et animations encadrées par le club.

- Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre (*l'absence de réponse vaut acceptation*)

Fait à Le : |_|_| / |_|_| / |_|_|

Signature :



GdB

Certificat médical de non contre-indication Formulaire obligatoire

ANNEXE 1 - Formulaire 1
adoption : CA du 22/03/2014
entrée en vigueur : 01/09/2014
validité : permanente
secteur : ADM
remplace : Chapitre 2.1.F1-2013/1
nombre de pages : 1

5 grammes de plumes, des tonnes d'émotion

ENGAGEMENT POUR LE CERTIFICAT MEDICAL

Le badminton est un sport qui peut solliciter intensément les systèmes cardiovasculaire et respiratoire. Cette activité physique particulière doit donc inciter le médecin à la prudence pour la délivrance de ce certificat. Le risque de mort subite au cours d'une activité physique intense existe chez les séniors et aussi chez les plus jeunes.

Le présent certificat doit être établi par un médecin titulaire du doctorat d'État, inscrit à l'Ordre des médecins.

La commission médicale de la FFBaD rappelle l'utilité:

- d'un interrogatoire soigneux sur les antécédents personnels et familiaux, à la recherche de facteurs de risques : symptômes cardiaques, palpitations, essoufflement anormal, fatigue intense après un effort, anomalies du bilan lipidique, hypertension artérielle, diabète, obésité, atteinte de la fonction rénale, élévation de la CRP, antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire ;
- d'un examen clinique attentif ;
- d'un électrocardiogramme de repos de dépistage à partir de l'âge de 12 ans.

Seul le médecin au cours de son examen est apte à décider de la nécessité de pratiquer des examens complémentaires tels qu'un électrocardiogramme, une épreuve d'effort, une échographie, un bilan biologique etc., en fonction des signes d'alerte et des facteurs de risque et après en avoir apprécié l'importance.

Je déclare avoir pris connaissance et compris ces informations concernant ma santé et la pratique du badminton. Je ne saurais ainsi me retourner contre la FFBaD pour ces motifs. Je sollicite donc une licence pour la pratique du badminton, y compris en compétition.

Fait le à

*(Signature du joueur ou de son représentant légal,
précédée de la mention « lu et approuvé »)*

Certificat médical

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

Nom Prénom
né(e) le : / /

et certifie que son état de santé ne contre indique pas la pratique du badminton y compris en compétition.

Fait le à Signature et cachet du médecin examinateur

Toute déclaration erronée ou fourniture de faux documents dégage la responsabilité de la FFBaD. Ces examens ne sont pris en charge ni par la Fédération Française de Badminton, ni par les organismes sociaux.

L'utilisation de ce formulaire est obligatoire, il doit être remis avec la demande de licence au club, qui le conservera.

L'esprit Bad!



FORMULAIRE DE PRISE DE LICENCE 2014/2015

Le formulaire de prise de licence FFBaD 2014-2015 est le document indispensable :

- I pour s'inscrire dans un club de badminton affilié à la FFBaD,
- I pour recevoir votre licence de badminton 2014-2015.

Cette année, le document est interactif.

Il est donc préférable de le diffuser électroniquement plutôt que de l'imprimer.

Le document contient :

- I le formulaire de prise de licence
- I les niveaux de garantie de l'Assurance Fédérale Allianz
- I les garanties complémentaires en option

Afin de recevoir votre licence au plus vite, voici la procédure :

Vous êtes licencié(e) à la FFBaD et vous souhaitez renouveler votre licence :

- Lisez attentivement l'intégralité du document,
- Remplissez en lettres capitales les deux exemplaires du formulaire (page 2),
- Signez les deux exemplaires,
- Imprimez et remettez ou transmettez électroniquement votre demande de licence 2014/2015 à votre club,
- Conservez un exemplaire pour vous.

Vous êtes Président(e) de club affilié à la FFBaD :

- Lisez attentivement l'intégralité du document,
- Envoyez électroniquement ou imprimez en nombre le formulaire de prise de licence (page 2) pour les licenciés actuels et nouveaux licenciés,
- Envoyez électroniquement ou imprimez en nombre les garanties de l'Assurance Fédérale Allianz (page 3),
- Faire remplir et signer IMPÉRATIVEMENT le formulaire de prise de licence par tous les licenciés de votre club,
- Donnez un exemplaire signé au licencié, conservez l'autre.



Pour toute question relative à l'assurance fédérale Allianz
Rendez-vous sur la page internet : www.allianz.fr/degroised dans l'onglet « votre agence vous propose »
ou contacter l'agence Allianz Assurances Degroise,
16 rue des Carabiniers de Monsieur, BP 183, 49415 SAUMUR CEDEX
Tél. : 02 41 51 19 32 - Fax. : 02 41 50 73 56 - e-mail : david.degroise@agents.allianz.fr



FÉDÉRATION FRANÇAISE
DE BADMINTON

9-11 avenue Michelet
93583 Saint-Ouen Cedex
T 01 49 45 07 07
F 01 49 45 18 71
E ffbad@ffbad.org
www.ffbad.org

Informations utiles :

Informations sur le dopage : www.dopage.com

Numéro d'écoute dopage : 0 800 15 2000



DEMANDE DE LICENCE 2014/2015

Remplissez en lettres capitales et signez en 2 exemplaires ce formulaire. Conservez un exemplaire et remettez le second à votre Président(e) de club.

RENOUELEMENT LICENCE N° (8 chiffres) NOUVELLE LICENCE

CLUB

LIGUE DÉPT

CIVILITÉ NOM PRÉNOM

SEXE : FÉM. MASC. NÉ(E) LE NATIONALITÉ

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE PAYS

TÉL. FIXE : + 33 (0) TÉL. MOBILE : + 33 (0)

E-MAIL

Les licenciés ont la possibilité de ne pas adhérer au contrat « individuel accident » proposé par la fédération. Les garanties sont décrites dans le document comprenant ce formulaire (page 4). Le coût de cette assurance est de 0,75€ par saison de licence. En cas de refus de souscrire au contrat collectif d'assurances, le licencié doit faire parvenir une attestation prouvant la couverture légale prévue par le code du sport au siège de la fédération par l'intermédiaire du club.

DROIT A L'IMAGE : Lors de manifestations organisées par la FFBAD, une ligue, un comité et/ou un club affilié à la fédération, l'image et la voix du licencié, sont susceptibles d'être captées par tous moyens vidés dans le cadre des activités de la FFBAD et ce, pendant toute la durée de la saison. Le signataire du présent formulaire autorise la FFBAD à procéder à des captations d'image et de voix et à utiliser et diffuser, pour la promotion du badminton, les images et les voix ainsi captées, sur tous supports de communication quels qu'ils soient. Cette autorisation est consentie pour la promotion de la FFBAD et du badminton à titre gratuit pour une durée de 70 ans et vaut pour le monde entier.

LE SOUSSIGNÉ DÉCLARE adhérer à l'assurance « responsabilité civile et « individuelle accident » proposée par la Fédération Française de Badminton et avoir pris connaissance des garanties complémentaires et des informations relatives à la notice d'assurance.

Le/...../.....

Signature (obligatoire) du licencié ou de son représentant légal
Faire précéder la signature de la mention :
"J'accepte les conditions d'Assurances proposées
et certifie l'exactitude des informations écrites"

JOINDRE LE CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION

CONTRÔLE ANTIDOPAGE : Considérant le Code du sport - Titre III : Santé des sportifs et lutte contre le dopage,

– Article L232-10-3 : « Il est interdit à toute personne de s'opposer par quelque moyen que ce soit aux mesures de contrôle prévues par le présent titre. »

– Article L232-12 : « Les opérations de contrôle sont diligentées par le directeur du département des contrôles de l'Agence française de lutte contre le dopage. Les personnes mentionnées à l'article L. 232-11 ayant la qualité de médecin peuvent procéder à des examens médicaux cliniques et à des prélèvements biologiques destinés à mettre en évidence l'utilisation de procédés prohibés ou à déceler la présence dans l'organisme de substances interdites. Les personnes agréées par l'agence et assermentées peuvent également procéder à ces prélèvements biologiques. Seules les personnes mentionnées à l'article L. 232-11 et qui y sont autorisées par le code de la santé publique peuvent procéder à des prélèvements sanguins. »

LES RESPONSABLES LÉGAUX DES ENFANTS MINEURS SONT TENUS DE REMPLIR L'AUTORISATION D'INTERVENTION CI-DESSOUS

JE SOUSSIGNÉ(E) : M. , MME , Mlle , NOM

AGISSANT EN QUALITÉ DE : PÈRE, MÈRE, TUTEUR, TUTRICE,

autorise pour mon fils (ma fille, mon pupille, ma pupille) le responsable du club à faire intervenir les services de santé publics en cas d'accident corporel de l'enfant.

NOM DE L'ENFANT PRÉNOM

LE/...../.....

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Ces informations sont destinées à la Fédération Française de Badminton. Nous pouvons être amenés à utiliser ces informations à des fins de prospection. Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre :

Nous envisageons de transmettre votre adresse de courrier électronique à des tiers (partenaires commerciaux, par exemple) à des fins de prospection (commerciale, par exemple). Si vous ne le souhaitez pas, cochez la case ci-contre :

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition à la divulgation des données vous concernant (loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978). Pour toute demande, adressez-vous à la CNIL : cnil@ffbad.org



NIVEAU DE GARANTIES DE L'ASSURANCE ALLIANZ

Les garanties s'exercent, par sinistre, à concurrence des montants et compte tenu des franchises fixées.

Garantie	Montant	Franchise
Responsabilité civile*		
○ Dommages corporels	5 344 000 €	NC
○ Dommages matériels et immatériels consécutifs	890 600 €	10% **
– dont immatériels consécutifs	445 000 €	10% **
– dont biens déposés dans un vestiaire organisé	4 600 €	10% **
– dont vol au préjudice d'autrui	4 600 €	10% **
Limitation particulière sur les fonds, valeurs et objets précieux	460 €	10% **
○ Dommage résultant d'un défaut de conseil (art. 38 de la Loi n°84.610 du 16/07/1984)	300 000 €	NC
Défense-Recours		
○ Frais de justice y compris honoraires d'avocats	23 000 €	NC
○ Nous n'effectuons pas les recours judiciaires pour les réclamations inférieures à	160 €	NC

* Les montants de garantie qui suivent s'entendent sous réserve des dispositions concernant les "dommages exceptionnels", limités à 4 600 000 € (feu, pollution, eau, gaz, électricité, explosion, etc...)

** 10% du montant de l'indemnité avec un minimum de 90 € et un maximum de 900 €

Garantie	Montant
Assistance aux personnes- Mondial Assistance	
○ Rapatriement ou transport sanitaire	Intégralité des frais garantis
○ Avance sur dépenses de santé engagées par l'assuré à l'étranger en cas d'hospitalisation	3 800 €
○ Nous n'intervenons pas pour les avances inférieures à	80 €
○ Transport du corps de l'assuré décédé et frais annexes	Intégralité des frais garantis
○ Transport d'une personne autre que la victime	Billet SNCF 1 ^{ère} classe ou avion classe tourisme
○ Frais de séjour à l'hôtel d'une personne autre que la victime	310 € par sinistre sans pouvoir dépasser 31 € par nuit
○ Recherche et envoi de médicaments	Intégralité des frais garantis

Organisation et prise en charge des prestations au-delà de 5 km du siège de la Fédération et dans les limites territoriales suivantes : MONDE ENTIER

MONDIAL ASSISTANCE - Tél : 01 40 255 255 / PROTOCOLE n°610509

Accidents corporels avec franchise relative de 5 % en invalidité

(ALLIANZ prend en charge tous les sinistres supérieurs ou égaux à 5 % d'invalidité)

Garantie	Dirigeants	Joueurs	
		Licenciés	Haut Niveau
○ Capital Décès	12 200 €	9 900 €	16 500 €
○ Capital Invalidité Permanente Totale	24 400 €	19 800 €	33 000 €
○ Limitation des dépassements d'honoraires des médecins	250 €		
○ Frais de traitement à concurrence de y compris frais de lunetterie	1 524 €		
– y compris prothèse dentaire	jusqu'à 350 €		
○ Frais de recherche et de secours	jusqu'à 350 € par dent avec un maximum de 600 €		
	à concurrence de 1 524 €		

En cas de sinistre collectif, notre engagement pour un même événement est limité à 1 500 000 € – montant maximum invariable quel que soit le nombre de victimes ; les indemnités dues pour chacune d'entre elles seront réduites proportionnellement.



BULLETIN D'ADHÉSION 2014/2015

**POUR L'OPTION « GARANTIES COMPLÉMENTAIRES »
DU CONTRAT ACCIDENTS CORPORELS ENTREPRISE
RÉGIE PAR LE CODE DES ASSURANCES.**

Option « garanties complémentaires »

Vous souhaitez bénéficier de cette option, pour cela, il vous suffit de remplir, dater et signer le bulletin d'adhésion ci-dessous et de le renvoyer accompagné d'un chèque libellé à l'ordre de David Degroise, Agent Général ALLIANZ, à l'adresse précisée ci-dessous.

Garantie ⁽¹⁾	Option 1	Option 2	Option 3
<input type="radio"/> Indemnités Journalières ⁽²⁾	0	30,49 €	45,74 €
<input type="radio"/> Capital Invalidité Permanente Totale	60 980 €	45 735 €	60 980 €
<input type="radio"/> Capital Décès	45 735 €	30 490 €	45 735 €
<input type="radio"/> Cotisation Joueur TTC (tarif pour la saison en cours)	52,44 €	71,19 €	107,63 €

(1) Les montants de l'option choisie annulent et remplacent ceux attribués d'office par le contrat de la Fédération.
Ces options ne peuvent pas être souscrites par des personnes de 60 ans et plus.

(2) Cette garantie ne peut pas être accordée aux personnes n'exerçant pas un travail rémunéré. Les indemnités journalières sont payées pour la durée de l'incapacité temporaire totale et au maximum pour 365 jours répartis sur 2 ans à partir du 1er jour de versement avec une franchise de 7 jours.

Ce contrat est conclu pour la durée de la saison en cours à compter de la date de réception du chèque et sans tacite reconduction. Le présent feuillet ayant valeur d'assurance. Une copie (à garder) de ce bulletin signée par ALLIANZ vous sera renvoyée.

Je soussigné(e), confirme l'exactitude des déclarations qui sont portées dans le bulletin ci-dessous et demande à être assuré(e) sur la base de celles-ci. Un exemplaire des Conventions Spéciales de ce contrat vous sera envoyé à réception du bulletin d'adhésion.

Les informations contenues dans le présent document sont destinées aux seuls traitements nécessaires à la souscription et à la gestion du présent contrat conformément à la loi 78-17060178. Vous pouvez demander communication des renseignements vous concernant et le cas échéant les faire rectifier.



Bulletin d'adhésion à retourner à : Allianz – Assurances Degroise
16 rue des Carabiniers de Monsieur
BP 183 – 49415 Saumur cedex

Nom

Prénom

Né(e) le Profession

N° Rue

Lieu-dit

Code Postal Commune

N° de l'Option choisie :

Date Le Souscripteur Pour la Compagnie