



# CLUB OLYMPIQUE BAYONNAIS

Villa PYRENEA, 17 avenue de ROSSI, 64100 BAYONNE

Téléphone : 05 59 55 27 82 de 16h à 19h - Portable : 06 30 29 92 95

FFLDA	
FSGT	
FF BOXE	
FFJDA	

## DEMANDE D'INSCRIPTION SAISON 2021-2022

*Vous pouvez pratiquer plusieurs disciplines mais pour faire de la compétition dans plusieurs disciplines il vous faudra plusieurs licences. Une croix par licence achetée (plusieurs croix = x€ x Nb de croix)*

Nouvelle inscription:			Renouvellement:			N° Licence:		
OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON	
<b>Sport choisi</b>	Compét.	Loisir	<b>Sport choisi</b>	Compét.	Loisir	<b>Sport choisi</b>	Compét.	Loisir
Baby lutte / judo (FSGT)			Gym Pilate (FSGT)			Kung Fu (FFL)		
Boxe anglaise (FFB)			Judo (FFJDA)			Lutte (FFL)		
Gym Aérokick (FSGT)			Kik Boxing (FFL)			Sambo sportif (FFL)		

*Renseignements nécessaires à la saisie de la licence assurance sur l'intranet fédéral*

**NOM:** \_\_\_\_\_ **PRÉNOM:** \_\_\_\_\_ **SEXE:** F  M

**ADRESSE:** \_\_\_\_\_

**VILLE:** \_\_\_\_\_ **CODE POSTAL:** \_\_\_\_\_ **NATIONALITÉ:** F  Autre

**DATE DE NAISSANCE:** \_\_\_\_\_ **LIEU DE NAISSANCE:** \_\_\_\_\_ **DÉPARTEMENT DE NAISSANCE:** \_\_\_\_\_

**TÉLÉPHONE FIXE:** \_\_\_\_\_ **TÉLÉPHONE PORTABLE:** \_\_\_\_\_ **Pays de naissance si étranger:** \_\_\_\_\_

**ADRESSE MESSAGERIE (EMAIL) (Pour recevoir des informations du club):** \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

*Éléments à renseigner en cas de compétition pour le prêt d'équipement individuels*

**Pointure chaussures:** \_\_\_\_\_ **Taille corporelle:** \_\_\_\_\_ **Taille veste:** \_\_\_\_\_ **Taille pantalon:** \_\_\_\_\_

**COMMENT AVEZ-VOUS CONNU LE CLUB:** \_\_\_\_\_

*Éléments réclamés dans le cas de déclaration d'accident corporel*

**Assuré Social:** OUI  NON  **Numéro SS:** \_\_\_\_\_ **Bénéficiez vous de la CMU :** OUI  NON

**Avez-vous une mutuelle:** OUI  NON  **Nom de la mutuelle:** \_\_\_\_\_

**N° de contrat de la mutuelle:** \_\_\_\_\_ **Adresse de la mutuelle:** \_\_\_\_\_

**Je souhaite prendre une assurance complémentaire de salaire/décès/invalidité** OUI  NON  **pour une cotisation de:** \_\_\_\_\_ €

**Profession (facultatif):** \_\_\_\_\_

**Je soussigné, .....(Nom, Prénom du demandeur ou du représentant légal)**

- Avoir passé une visite médicale qui n'a révélé aucune contre indication à la pratique sportive, et atteste avoir remis un certificat médical de non contre indication à la pratique compétitive au responsable de mon club ou d'un questionnaire.
- Avoir pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence et de leur coût, qui est affichée au club au panneau assurance et sur le site Internet du club: <http://clubolympiquebayonne.free.fr>
- Avoir 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.
- Être informé que les renseignements nominatifs recueillis ci-dessus, obligatoires pour la délivrance de la licence, sont l'objet d'un traitement informatique de la fédération sportive, auprès des quelles pourra s'exercer un droit d'accès et de rectification (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978)
- Donner acte à la fédération qui m'engage à contracter des extensions de garantie, par une démarche personnelle auprès de l'assureur.
- Autoriser l'utilisation de l'image à titre sportif et promotionnel du COB (si refus, rayer cette phrase)
- Être Titulaire du permis de conduire en cours de validité dans le cas de covoiturage (1)
- M'engage pour l'ensemble de la saison concernée (du 1er septembre au 31 août) et certifie ne pas avoir signé de demande de licence de même type pour la Lutte (FFL ou FSGT) pour un autre club pour cette saison.
- Atteste sur l'honneur, de la véracité des renseignements et déclarations figurant à la présente.
- M'engage à respecter le règlement intérieur et les statuts du club.

### PIECES A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION

- 1 photo d'identité (pour la compétition)
- 1 **CERTIFICAT MÉDICAL** d'aptitude à la pratique sportive choisie pour la saison en cours
- 1 bordereau de demande de licence renseigné,
- **Le PASS SANITAIRE Pour les plus de 12 ans**
- 2 enveloppes **timbrées** à votre adresse ou Email
- La demande d'adhésion d'assurance complémentaire fournie, signée, avec acceptation ou refus d'adhésion complémentaire

### ADHERENT MAJEUR OU PERE, MERE, TUTEUR

**date:** \_\_\_\_\_ **Signature:** (précédée de la mention "lu et approuvé")

SIGNATURE

### AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je soussigné père, mère ou tuteur :

**NOM:** \_\_\_\_\_ **Prénom:** \_\_\_\_\_

autorise mon fils (ma fille) à pratiquer le sport ci-dessus choisi tant à l'entraînement qu'en compétition et autorise les dirigeants à prendre toutes les décisions médicales nécessaires à la sauvegarde de mon enfant en cas d'accident, (1)

**Signature:** \_\_\_\_\_

SIGNATURE

**Personnel(s) à prévenir en cas d'accident:**

**Père Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom** \_\_\_\_\_

08/08/21

### PARTIE RESERVEE AU SECRETARIAT DE SECTION

- Fiche d'inscription COB (2)
- 1 certificat médical (2)
- contrat d'assurance complémentaire signé (2)
- 1 photo (2)
- 2 enveloppes **timbrées (2) ou EMAIL (2)**

		Cocher
Oui		<input type="checkbox"/>
Oui		<input type="checkbox"/>
Oui		<input type="checkbox"/>
Oui		<input type="checkbox"/>
Oui		<input type="checkbox"/>
<b>N° carte DECLIC:</b>	-20% =	
<b>Montant de la cotisation</b>		€
Règlement liquide (toute la cotisation)		Liquide
Règlement Chèque obligatoire		Chèque (s)
Nom du chèque si différent:		
Nom du chèque:		
	<b>Date d'encaissement</b>	<b>Montant</b>
1er versement (3)		
2ème versement (3)		

Fiche inscription 21-22 V1-5.xls



Portable: .....		3ème versement (3)		
Mère Nom : .....	Prénom	4ème versement (3)		
Portable: .....		<b>Remarques sur le montant de la cotisation:</b>		
<small>(1) rayer les mentions si refus, (2) cocher si fourni, (3) saisir montant (4) préciser chèque ou espèces</small>				



## Annexe n°1 du R.I.

### Devis d'INSCRIPTION 2021 / 2022



<b>1) 1er adhérent</b>		PU	-18 ans		+18 ans	
			Tarif de base	-20% carte décline	Tarif de base	-20% carte décline
Judo - Lutte - Sambo - baby Lutte - Baby Judo - Kungfu - Boxe	Participation aux charges du COB		55 €	57 €	57 €	
	Prestation	+ 18 ans	69 €		75 €	
		- 18 ans, étudiant, chômeur	32 €	34 €		
	Licence - assurance		43 €	43 €	43 €	
<b>TOTAL 1 (H)</b>			<b>134 €</b>	<b>107 €</b>	<b>175 €</b>	<b>140 €</b>
Aide au développement de la pratique féminine				-10 €	-20 €	
<b>TOTAL 1 (F)</b>			<b>124 €</b>		<b>155 €</b>	

<b>2) 2e adhérent d'une même famille (1)</b>		PU	-18 ans		+18 ans	
			Tarif de base	-20% carte décline	Tarif de base	+18 ans
Judo - Lutte - Sambo - baby Lutte - Baby Judo - Kungfu - Boxe	Participation aux charges du COB		50 €	52 €	52 €	
	Prestation	+ 18 ans	42 €		49 €	
		- 18 ans, étudiant, chômeur	17 €	18 €		
	Licence - assurance		43 €	43 €	43 €	
<b>TOTAL 1 (H)</b>			<b>113 €</b>	<b>90 €</b>	<b>144 €</b>	<b>115 €</b>
Aide au développement de la pratique féminine				-10 €	-20 €	
<b>TOTAL 1 (F)</b>			<b>103 €</b>		<b>124 €</b>	

<b>3) 3e adhérent et + d'une même famille (1)</b>		PU	-18 ans		+18 ans	
			Tarif de base	-20% carte décline	Tarif de base	-20% carte décline
Judo - Lutte - Sambo - baby Lutte - Baby Judo - Kungfu - Boxe	Participation aux charges du COB		43 €	43 €	43 €	
	Prestation	+ 18 ans	22 €		22 €	
		- 18 ans, étudiant, chômeur	7 €			
	Licence - assurance		43 €	43 €	43 €	
<b>TOTAL 1 (H)</b>			<b>86 €</b>	<b>69 €</b>	<b>108 €</b>	<b>86 €</b>
Aide au développement de la pratique féminine				-10 €	-20 €	
<b>TOTAL 1 (F)</b>			<b>76 €</b>		<b>88 €</b>	

**TOTAL 1 + 2 + 3** €

<b>4) AEROKICK FITNESS GYM PILATES KICK BOXING</b>	Cotisation annuelle pour 1 ou 2 cours et plus / semaine		-18 ans			+18 ans		
			PU. Homme	Femme PU - 10€	-20% carte décline	PU. Homme	-20% carte décline	Femme
1 cour par semaine au choix	Par adhérent		57 €	47 €	45 €	101 €	81 €	91 €
	2e membre de la même famille (1 h / semaine)		42 €	32 €	33 €	86 €	69 €	76 €
	3e et plus membre de la même famille (1h / semaine)		27 €	17 €	21 €	71 €	57 €	61 €
	Cotisation par trimestre (1 h / semaine)		30 €	20 €	24 €	51 €	41 €	41 €
2 cours par semaine ou plus	Par adhérent					175 €	140 €	155 €
	Couple (2 x 2 h / semaine)					215 €	172 €	195 €
	2e membre de la même famille (2 h / semaine)					144 €	115 €	124 €
	3e et plus membre de la même famille (2h / sem)					108 €	86 €	88 €
	Cotisation par trimestre (2 h / semaine)					60 €	48 €	50 €
	Cotisation par mois (2 h / semaine)					26 €	21 €	20 €
<b>Inscription licence MMA (FFBoxe) + SAMBO COMBAT (FFLutte)</b>						<b>200 €</b>		
<b>COURSE A PIED / TRAIL + UNE SECTION GYM</b>						<b>100 €</b>		
<b>TOTAL 4</b>						€		
<b>TOTAL 1 + 2 + 3 + 4</b>						€		

**Nous vous serons reconnaissant de bien vouloir participer au Sondage saison 2020/2021 pour les adhérents renouvelant leur inscription**

Nom Prénom:(*)	1	2	3	4	5
Section: _____	Mauvais	Passable	Moyen	Bon	Très bon
Nom de l'enfant participant: _____					
<b>Questions d'ensemble</b>					
Le COB répond il globalement à vos attentes					
Correspond il à la place qu'il occupe dans le quartier					
La gamme de sports pratiqués vous satisfait elle					
Le travail de fond sur le quartier vous emble t' il adapté					
Remarques et suggestions:					
<b>Questions financières</b>					
Le montant de la cotisation vous semble t'il raisonable					
L' aide aux familles nombreuses est elle suffisante					
L'assistance aux personnes en difficultés financières est elle adaptée					
Remarques et suggestions:					
<b>Questions techniques</b>					
Comment trouvez vous la qualité technique des cours					
Comment trouvez vous la compétences des Entraîneurs					
Comment trouvez vous l' accueil des entraîneurs					
L' organisation des compétitions vous semble t'elle correcte					
Le nombre de compétitions vous semble t'il suffisant					
La progression des grades vous satisfait elle					
Remarques et suggestions:					
<b>Question état d'esprit général</b>					
Comment trouvez vous l' accueil général au COB					
Vos relation avec l'ensemble des bénévoles vous satisfait elle					
La disponibilité des dirigeants vous convient-elle					
L'esprit convivialité vous convient'il					
L'esprit familial vous convient'il					
Remarques et suggestions:					
<b>Questions animations diverses</b>					
le contenu des animations vous suffit il					
Remarques et suggestions:					
<b>Question hygiène et sécurité</b>					
Comment notez vous le COB au point de vue Hygiène et sécurité					
Comment notez vous le COB sur la Propreté des locaux					
Comment notez vous le COB sur l'état des sanitaires (Douche WC)					
Comment notez vous le COB sur la sécurité en général					
Remarques et suggestions:					
<b>Question disponibilité et structure à notre d'isposition</b>					
Comment trouvez vous les locaux dans son ensemble					
Comment trouvez vous les salles spécifiques aux activités					
Comment trouvez vous les extérieurs du parc du COB					
Remarques et suggestions:					
<b>Question handicapés</b>					
L' accès handicapés vous semble t'il suffisant					
Remarques et suggestions:					
Souhaitez vous vous investir dans notre club en tant que bénévole	Oui	<input type="checkbox"/>		Non	
Dans qu'elle activité:					

**Ce sondage, au quel nous vous demandons de participer nous permettra d'évaluer les points forts et les points faibles de notre association et dans tirer des pistes d'amélioration. L'étude des résultats seront transmis à la Ville de Bayonne pour éventuellement nous soutenir et vous apporter un service à la mesure de vos attentes**

**Le Comité de Direction**

(\*) Majeur ou parente ou tuteur (n'est par obligatoirement à renseigner)



# CLUB OLYMPIQUE BAYONNAIS

**CLUB OMNISPORT RIVE DROITE DE BAYONNE**

Abdo fessier Pilate - Baby Lutte - Billard - Cyclotourisme - Capoeira - Education Corporelle - Judo - Sambo Sportif - Sambo Combat - Sambo défense - Full Contact - Kung Fu

**Villa PYRENEA - 17, avenue de ROSSI, 64100 BAYONNE**

Tél: 05 59 55 27 82 - Site Internet: <http://www.clubolympiquebayonnais.com>

[contact@clubolympiquebayonnais.fr](mailto:contact@clubolympiquebayonnais.fr) ou [clubolympiquebayonnais@gmail.com](mailto:clubolympiquebayonnais@gmail.com)



## CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE Saison 2021/2022 <sup>(5)</sup>

Pris en application des articles L231-2 et L231-3 du Code du Sport

Je soussigné(e), Docteur : ..... Demeurant à : .....

Certifie avoir examiné(e) :

M<sup>me</sup>, M<sup>lle</sup>, M<sup>r</sup>(1) NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / 20 ..... A : .....

et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre indication à la pratiques des disciplines suivantes :

- ▶ à la pratique loisir <sup>(1)</sup>
- ▶ à l'entraînement <sup>(1)</sup>
- ▶ à la compétition <sup>(1)</sup>

  
  

du ou des sport(s) suivant(s) :

SPORTS DE COMBAT <sup>(2)</sup>

(Lutte, Sambo sportif, Judo, Kungfu  
Boxe éducative, Kick Boxing...)

DIRIGEANT <sup>(2)</sup>

VETERAN en compétition <sup>(2) (3)</sup>

GYM SPORT SANTE <sup>(2)</sup>  
COMBAT/BOXE/MMA <sup>(2) (3)</sup>

SAMBO

BABY JUDO / LUTTE <sup>(2)</sup>

TRAIL - RUNNING - TRIAHLON

Fait à : BAYONNE

Le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :

CACHET DU MEDECIN

<sup>(1)</sup> rayer les mentions inutiles

<sup>(2)</sup> cocher le ou les sports pratiqués

<sup>(3)</sup> **ATTENTION** : pour les sports de frappe et les vétérans en compétition un certificat réalisé par un médecin du sport est demandé par les fédérations de ces sports. Renseignez-vous auprès de vos fédérations.

<sup>(5)</sup> Si vous possédez un Certificat Médical de moins de 3 ans vous devez remplir le questionnaire médical pour qu'il soit valide.

OU

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LES MAJEURS 2021/2022

(Pour les certificats médicaux de moins de 3 ans)  
Ne Pratiquant pas ni la boxe ni le Sambo Combat

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 La boxe Anglaise ou le « sambo combat » qui doivent nécessairement fournir un certificat médical chaque saison.

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON

Si la réponse est NON elle relève de la responsabilité du licencié DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS

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

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-joint en consultant un médecin.

Nom Prénom : \_\_\_\_\_ du licencié

(Parent ou tuteur pour les mineurs) NOM Prénom du Parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature :

loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ainsi que par le décret n°2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport.

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LES MINEURS 2021/2022

## Ne Pratiquant pas ni la boxe ni le Sambo Combat

Décret n° 2021-564 du 7 mai 2021

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.		
Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : _____	
<b>Depuis l'année dernière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
Te sens-tu très fatigué (e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aujourd'hui</b>		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

NOM et Prénom (père, mère ou tuteur): \_\_\_\_\_

Signature



## 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.





## 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 <sup>ème</sup> jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4 <sup>ème</sup> 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 (L. 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