BULLETIN D'ADHÉSION - LICENCE FFLDA 2024

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

A COMPLÉTER PAR LE CLUB

☐ PRIMO LICENCIÉ(E)* ☐ RENOUVELLEMENT* *(cocher une seule case)*

* Primo licenciée : toute personne qui prend pour la 1ère fois une licence FFLDA.
Renouvellement : personne ayant déjà été licenciée FFLDA (même en cas d'interruption de la licence).

☐ MINEUR(E) ☐ MAJEUR(E) *(cocher une seule case)*

☐ CONTROLE D'HONORABILITÉ uniquement si l'adhérent exerce une fonction d'élu, bénévole, salarié du club

☐ CERTIFICAT MÉDICAL Date de signature du médecin : ……. / ……. / ……..

NOM DU CLUB : **ENTENTE LUTTE COTE D'OPALE**

1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS *(à compléter par l'adhérent - Tous les champs sont obligatoires)*

Nom de naissance ……

Nom d'usage (nom d'époux, d'épouse), si différent du nom de famille ……
C'est le nom d'usage qui sera affiché sur la carte licence

Prénom *(1e prénom uniquement)* …… Tel : ……

E-mail …… ☐ J'autorise l'utilisation interne du mail par la FFLDA.

Adresse ……

Code postal …… Ville localité ……

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

Date naissance …. / ….. / …… ☐ Né(e) en France ☐ Né(e) à l'étranger *Précisez le pays* ……

Département de naissance ……. *(00 si hors France)* Ville de naissance ……

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin **Nationalité** : ☐ Française ☐ Etrangère *précisez le pays* ……

Si nationalité étrangère : Nom prénom du père……

Nom prénom de la mère……

J'accepte de diffuser mes données (nom, prénom, club, catégorie d'âge, nationalité, photo) sur le site internet public et sur le site internet qui gère les compétitions (une case à cocher obligatoirement) :
☐ **OUI** ☐ **NON** et dans ce cas vous devez indiquer à *ffl@fflutte.org* les données concernées avec copie mail obligatoire au club.

2 – LICENCE DEMANDÉE

DISCIPLINES : ……. ☐ **LUTTE** ……. ☐ **GRAPPLING** ……. ☐ **SAMBO**
Cocher la (les) discipline(s) pratiquée(s). Ajouter le chiffre 1 à gauche de la discipline principale.

☐ **3EME MEMBRE D'UNE FAMILLE** ☐ **PRATIQUE WRESTLING-TRAINING**

☐ **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]) *(rayer la mention inutile*) l'autorisation aux dirigeants à faire pratiquer les soins d'urgence. Pour un 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 complété, l'ensemble des informations demandé sur ce bulletin (page 1, 2, 3).
- 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 FFLDA, auprès de laquelle pourra s'exercer un droit d'accès et de rectification *(loi n° 78-17 du 6/011978)*.
- 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.
- Avoir reçu et pris connaissance des notices d'information relatives aux garanties de base attachées à ma licence FFLDA et de leur coût, qui m'ont été remises en mains propres au titre de la présente saison.
- 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.

GARANTIE DE BASE INDIVIDUELLE ACCIDENT (IA)

☐ **OUI**, je souhaite bénéficier de la garantie IA proposée par la fédération

☐ **NON**, je renonce à bénéficier de la garantie IA et 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 et Adhésion CLUB ELCO	COÛT TOTAL
Garantie individuelle accident proposée par la FFLDA	**75 €**

* La photo devra obligatoirement être téléchargée sur l'extranet pour l'inscription aux compétitions

6 – AUTORISATION PARENTALE - CONTROLE ANTIDOPAGE SUR MINEUR *Art. 232-52 Code 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 à …… Le …….. / …….. /…….. 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 – DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONCERNANT LE QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR *(Annexe 1)*

Je soussigné(e) (*Nom Prénom*) …….…… Agissant en qualité de

représentant légal de l'enfant mineur (*Nom prénom de l'enfant*) : …….
Atteste avoir pris connaissance du questionnaire de santé relatif à l'état de santé du sportif mineur et m'engage à en respecter les recommandations.

Fait à …… le …… / …… /…….. Signature :

8 – DÉCLARATION SUR L'HONNEUR CONCERNANT LE QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR *(Annexe 2)*

Je soussigné(e) (*Nom Prénom*) …….……
Atteste avoir pris connaissance du questionnaire de santé relatif à l'état de santé du sportif majeur.

Fait à …… Le …… / …… /…….. Signature :

9 – CONTROLE D'HONORABILITÉ *(uniquement si bénévole, éducateur ou salarié du club)*

☐ J'exerce, au sein d'une structure FFLDA, une fonction d'exploitant (dirigeant élu, bénévole, salarié)

☐ J'exerce une fonction d'éducateur

Les licences FFLDA permettent d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif et/ou d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives au sens des articles L. 212-1 et L. 322-1 du code du sport. A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L. 212-9 du code du sport soit effectué.

☐ **J'ai compris et j'accepte ce contrôle**