

# DEMANDE DE LICENCE 2017/2018

Feuille de renseignements à conserver par le club



NOM DU CLUB : .....

NOM : ..... PRÉNOM : .....

NATIONALITÉ : ..... NE(E) LE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ | SEXE :  FEM.  MASC.

ADRESSE : .....

VILLE : ..... | CODE POSTAL : ..... | TELEPHONE : .....

E-MAIL : ..... | PROFESSION : .....

LATERALITÉ :  Gaucher  Droitier  Ambidextre

POSITION :  Attaquant  Défenseur  Polyvalent

TYPE DE LICENCE (*important*) :

COMPETITION :  LOISIR :  DECOUVERTE :

JOUEUR HANDISPORT :  OUI  NON

Nouvelle licence (*pas de licence depuis la saison 2006/2007 inclus*)

Renouvellement

▪ Indiquez votre numéro de licence (8 chiffres) : .....

Ancien licencié (*au moins une licence depuis la saison 2006/2007 inclus*)

Licence Loisir vers licence Compétition

▪ Indiquez votre numéro de licence (8 chiffres) : .....

Mutation

▪ Indiquez votre numéro de licence (8 chiffres) : .....

CATEGORIE DU LICENCIÉ :  HOMME  FEMME

SENIORS (né du 01/01/1968 au 31/12/1999)

ESPOIRS (né en 2000 et après)

VÉTÉRANS (né en 1967 et avant)

## MONTANT DES LICENCES A VERSER AU CLUB :

### LICENCE COMPETITION :

Senior, Vétérant : 95 € | Espoir : 50 € Externe : 80 € | Handisport : €

### LICENCE LOISIR :

Senior, Vétérant : 45 € | Espoir : 30 € | Handisport : €

LICENCE DECOUVERTE : 1 € Demi-Saison (> 01/01/18) : 65 €

LE SOUSSIGNE DECLARE avoir pris connaissance des garanties et des informations relatives à l'assurance « individuelle » proposée par la Fédération Française de Football de Table.

SIGNATURE DU LICENCIÉ LE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

SIGNATURE DU PRESIDENT

Sur présentation du certificat médical du demandeur

**A joindre avec ce document** : 1 certificat médical, 1 photo pour les nouveaux licenciés au format informatique, chèque correspondant à l'adhésion au club (cotisation fédérale + cotisation club + cotisation assurance facultative).

Depuis la saison 2004/2005, chaque joueur dispose d'un numéro de licence à vie, si vous perdez votre licence un duplicata vous sera fait par la FFFT et vous sera facturé 3€



La F.F.F.T. vous propose le contrat de SMACL Assurances, Cette assurance proposée aux licenciés de la F.F.F.T. comprend deux couvertures :

**RESPONSABILITE CIVILE**

Garanties responsabilité civile	Montants Par sinistre (non indexés)	Franchises
Tous dommages confondus dont :	8 000 000 euros par sinistre	Néant
- Dommages matériels et immatériels non consécutifs	3 000 000 euros	150 euros
- Dommages immatériels non consécutif	100 000 euros	Néant
Atteintes accidentelles à l'environnement	1 500 000 euros	Néant
Défense pénale / Recours	30 000 euros	SMACL Assurances ne peut être tenue d'effectuer un recours judiciaire que si le préjudice subi par son assuré est supérieur à 500 euros

**INDEMNISATION DES ACCIDENTS CORPORELS**

	Option 1	Option 2	Option 3
Décès	5 000 euros	10 000 euros	10 000 euros
Invalidité	20 000 euros	40 000 euros	40 000 euros
Indemnités journalières	Néant	Néant	30 euros / jour

**FRAIS DE SOINS**

- Frais de remplacement ou de réparation des appareils prothétiques ou orthopédiques existants, détériorés accidentellement : 400 €
- Frais de prothèse dentaire : à concurrence de 400 € par dent avec un maximum de 1 000 €
- Frais d'optique : 200 €
- Frais de transport et de rapatriement du blessé par ambulance : 600 €
- Frais de transport de l'accompagnateur reconnu médicalement indispensable : 300 €

SMACL Assurances ne procédera à aucun versement d'indemnité dont le montant serait inférieur à 15 €

**ASSISTANCE AUX PERSONNES** : Assistance rapatriement, transport sanitaire, transport d'un membre de la famille en cas d'hospitalisation à l'étranger ... La garantie est délivrée par SMACL Assistance.

Coût assurance 1°) et 2°)	3 euros / an	5 euros / an	10 euros / an
---------------------------	--------------	--------------	---------------

Bulletin d'adhésion à retourner à : SMACL – 141, avenue Salvador-Allende – 79031 NIORT Cedex 9

Je soussigné, Nom : ..... Prénom : ....., licencié au club :

.....

Adresse : .....

Email : ..... Téléphone : .....

**Déclare choisir** (joindre un chèque libellé à l'ordre de SMACL Assurances) :

l'option 1 → 3 euros /an

l'option 2 → 5 euros /an

l'option 3 → 10 euros /an

**Refuse d'adhérer au présent contrat**

**Attention** : Seules les demandes d'adhésion dûment complétées, datées, signées et accompagnées du règlement seront prises en compte par l'assureur.

**FAIT A** ....., **LE** .....

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé »

Pour les mineur(e)s : signature du représentant légal