

## FLAG SENIORS

Né(e)s en 2004 et avant

<b>ENTRAINEMENTS</b>	Mardi	20h/22h - Stade Jacques Anquetil
<b>TARIF LICENCE</b>	1ère adhésion	125 €
	Renouvellement	85 €
	<i>Si licence football</i>	25 €
<b>PAIEMENT</b>	Virement bancaire	
	Espèces	Chèque (à l'ordre des Molosses)
	Carte Bancaire	Paypal
	Participation CAF - ANCV - CE	
	Pass + (78 - 92)	
<b>DOSSIER D' INSCRIPTION A FOURNIR COMPLET ET A REMPLIR LISIBLEMENT :</b>		
<p>A- <b>L' imprimé fédéral à remplir et à signer</b></p> <p>B- 1 certificat médical récent de - de 3 mois (cf imprimé fédéral) pour une 1ère inscription en senior Ou le questionnaire de santé et un certificat médical de - de 3 ans pour les autres</p> <p>C- 1 photo d'identité <b>pour une 1ère inscription en senior</b></p> <p>D- Imprimé de la mutuelle (SPORTMUT) dûment complété et signé <b>(même si le joueur n'y adhère pas)</b></p> <p>E- 1 photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité, passeport, carte de séjour) <b>sauf en cas de renouvellement si encore valide</b></p> <p>F- Le bulletin d'adhésion, l'autorisation de droit à l'image, l'autorisation en cas d'accident et la charte dûment remplis, datés et signés</p> <p>G- Renseigner une <b>adresse mail de contact, visiblement</b>, pour les échanges et convocations</p> <p><b>Nota:</b> <b>*Tout dossier incomplet sera SYSTEMATIQUEMENT refusé.</b> <b>*La licence ne sera enregistrée qu'une fois la totalité du règlement créditée par l'association. Pour tout chèque revenu IMPAYE, les frais bancaires correspondants seront imputés au joueur concerné.</b></p>		

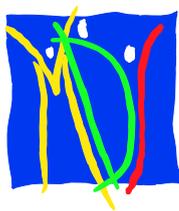
LES MOLOSSES D'ASNIERES

10, rue Pierre Brossolette - 92600 Asnières sur Seine

T. 01 47 93 08 91 - contact@molossesfootball.com - www.molossesfootball.com

SIRET: 42078393800038 - Agrément Jeunesse et Sport 92 S 379





## DEMANDE D'ADHESION

*(l'adhérent est toujours le licencié)*

M.  Mme  Melle  Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de Jeune Fille : ..... Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Profession (nature exacte) : .....  
 Téléphones : fixe ..... mobile .....  
 Email : .....  
 Association sportive par laquelle ou au titre de laquelle le régime de base a été souscrit : .....

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 sus du régime de prévoyance de base souscrit, pour le compte de ses licenciés, par la Fédération Française de Football Américain auprès de la M.D.S. en cas de dommage corporel suite à un accident garanti.

J'ai décidé  d'adhérer à SPORTMUT  
 de ne pas y adhérer

Date limite de l'adhésion : 60<sup>ème</sup> anniversaire  
 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 partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou mon concubin notoire, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.  
 Autres dispositions : .....

FORMULE DE GARANTIES CHOISIE					COTISATION ANNUELLE € T.T.C.
Formule A :	A 1 <input type="checkbox"/>	A 2 <input type="checkbox"/>	A 3 <input type="checkbox"/>	A 4 <input type="checkbox"/>	(correspondant au choix retenu)
Formule B :	B 1 <input type="checkbox"/>	B 2 <input type="checkbox"/>	B 3 <input type="checkbox"/>	B 4 <input type="checkbox"/>	
Formule C :	C 1 <input type="checkbox"/>	C 2 <input type="checkbox"/>	C 3 <input type="checkbox"/>	C 4 <input type="checkbox"/>	
Formule D :	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>	
Formule E :	E 1 <input type="checkbox"/>	E 2 <input type="checkbox"/>	E 3 <input type="checkbox"/>	E 4 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autres choix : ..... .....					_ _ _ _ ,  _ _ _ _  € Sera déterminée après consultation de la M.D.S.

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 la loi du 6 janvier 1978 « Informatique et Liberté » me donne le droit de demander communication et rectification de toutes informations me concernant qui figureraient sur tout fichier de la Fédération ou de la M.D.S. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la M.D.S. indiquée ci-dessous.

Fait à ..... le .....

Signature de l'adhérent\*

Cachet de la Fédération ou de l'Association Sportive

\* faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé"



# SPORTMUT

Contrat collectif complémentaire de prévoyance  
au bénéfice des licenciés de la Fédération Française de Football Américain

## 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 du ou des sports déclarés sur la demande d'adhésion :

### UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :

Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'IPP 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'IPP inférieur ou égal à 5 %.**

### DES INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE:

Elles vous sont versées mensuellement à terme échu, après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise.

**La période de franchise n'est pas indemnisée.** La durée d'indemnisation est de 365 ou de 1095 jours selon votre choix.

**Quelle que soit la durée d'indemnisation choisie, 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 DECEES : qui sera versé au bénéficiaire désigné.

### FORMULES ENFANT :

Seules les formules marquées d'un astérisque (\*) dans le tableau figurant ci-dessous peuvent être souscrites pour les mineurs de moins de 12 ans.

Pour les mineurs de moins de 18 ans, le bulletin devra être revêtu de leur signature et de la signature des parents ou des représentants légaux.

### FORMULE + DE 60 ANS :

Seule la formule marquée de deux astérisques (\*\*) dans le tableau figurant ci-dessous peut être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins de 65 ans.

## MODALITES D'ADHESION

Des formules de garanties pré-tarifées vous sont proposées ci-dessous.

Si l'une de ces formules vous convient, vous pouvez remplir la demande d'adhésion et l'adresser à la M.D.S. accompagnée de votre règlement. A réception, la M.D.S. vous adressera 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.

FORMULES	CAPITAL DECEES	CAPITAL INVALIDITE (100 % IPP)	INDEMNITES JOURNALIERES	COTISATION GLOBALE(TTC)	
A 1*		30 489,80 €		5,00 €	<b>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.</b>
A 2**	15 244,90 €	30 489,80 €		6,30 €	
A 3	15 244,90 €		7,62 €/Jour	21,70 €	
A 4	15 244,90 €	30 489,80 €	7,62 €/Jour	26,60 €	
B 1*		60 979,61 €		9,90 €	
B 2	30 489,80 €	60 979,61 €		12,60 €	
B 3	30 489,80 €		15,24 €/Jour	43,30 €	
B 4	30 489,80 €	60 979,61 €	15,24 €/Jour	53,10 €	
C 1*		91 469,41 €		14,80 €	
C 2	45 734,71 €	91 469,41 €		18,90 €	
C 3	45 734,71 €		22,87 €/Jour	64,90 €	
C 4	45 734,71 €	91 469,41 €	22,87 €/Jour	79,70 €	
D 1*		121 959,21 €		19,70 €	
D 2	60 979,61 €	121 959,21 €		25,20 €	
D 3	60 979,61 €		30,49 €/Jour	86,50 €	
D 4	60 979,61 €	121 959,21 €	30,49 €/Jour	106,10 €	
E 1*		152 449,02 €		24,60 €	
E 2	76 224,51 €	152 449,02 €		31,50 €	
E 3	76 224,51 €		38,11 €/Jour	108,10 €	
E 4	76 224,51 €	152 449,02 €	38,11 €/Jour	132,70 €	

Ces cotisations tiennent compte des taxes en vigueur.

MDS JUILLET 2013 / DISQUE O / FEDERATIONS

(\*) Options réservées aux mineurs âgés de moins de 12 ans.

(\*\*) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins de 65 ans.

Les cotisations sont annuelles. Le non renouvellement de la cotisation par l'assuré met fin de plein droit à l'adhésion 40 jours après le terme principal de la dernière échéance.

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité.

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

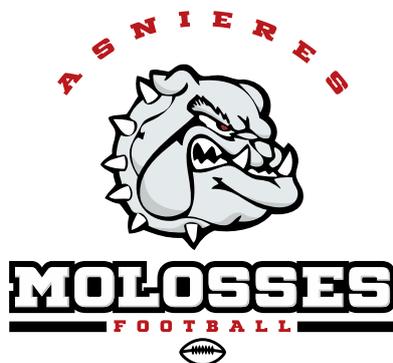
Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, 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"/>
<b>A ce jour</b>		
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 des 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"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

#### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

#### Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



*Il n'est pas nécessaire de remplir ce document pour les adhérents à la Cellule Performance*

## **BULLETIN D'ADHESION 2020/2021** (MAJEUR)

Je soussigné(e),

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**     /     /

**Lieu de Naissance :**

**Pays de Naissance :**

**Nationalité :**

**Téléphone :**

**E-MAIL :**

**Adresse :**

**Code postal :**

**Ville :**

**N° sécurité sociale :**

**Taille :**

**Poids :**

**Poste joueur :**

**Expérience :**     an(s) en Foot US

**an(s) en Flag**

**Profession :**

Désire adhérer au club des MOLOSSES d'ASNIERES-sur-SEINE.

Je m'engage donc à payer ma cotisation annuelle correspondant à ma catégorie, et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur que j'accepte sans réserve.

Je me permets d'avoir le droit de demander communication et rectification de toutes les informations me concernant dans tout fichier à usage de l'association conformément à la loi informatique et liberté 78-17 du 6 janvier 1978.

Je m'engage à ne pas tenir responsable le club des MOLOSSES d'ASNIERES-sur-SEINE en cas de blessure ou d'accident, lors d'entraînement que j'effectuerais sans licence, et de me servir de mon assurance personnelle afin de couvrir l'incident.

Je m'engage à payer totalement le montant de la licence avant le 30 novembre de la saison en cours. Passé cette date, je ne serai ni licencié, ni assuré.

En cas de tout renouvellement de licence après le 30 novembre, je serai dans l'obligation de régler au club des Molosses la majoration correspondante à la part fédérale pour chaque type de licence.

**TSVP →**

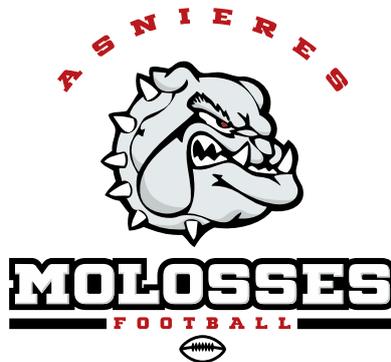
### **LES MOLOSSES D'ASNIERES**

10, rue Pierre Brossolette - 92600 Asnières sur Seine

T. 01 47 93 08 91 - [contact@molossesfootball.com](mailto:contact@molossesfootball.com)

SIRET: 42078393800038 - Agrément Jeunesse et Sport 92 S 379

[www.molossesfootball.com](http://www.molossesfootball.com)



*Il n'est pas nécessaire de remplir ce document pour les adhérents à la Cellule Performance*

## **AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE**

Rayer le paragraphe en cas de refus

J'autorise les MOLOSSES d'ASNIERES-sur-SEINE – Club de Football Américain, de Flag Football et de Cheerleading

à me photographier et/ou me filmer lors d'un reportage photo et/ou vidéo et lors de tout les événements qui se tiendront pendant la saison sportive 2020/2021

J'autorise donc l'utilisation et la diffusion de ces photographies ou vidéos pour l'ensemble des publications et expositions du club des Molosses d'Asnières sur Seine, dans le cadre de ses actions de communication, et ce pour une durée indéterminée.

## **AUTORISATION EN CAS D'ACCIDENT**

J'autorise les responsables du club des MOLOSSES à prendre toutes dispositions nécessaires en cas d'accident pour me faire transporter dans l'établissement hospitalier le plus adapté afin de bénéficier de tous les actes médicaux nécessaires à ma santé (y compris anesthésies, interventions chirurgicales, examens complémentaires).

### **Personnes à contacter en cas d'accident :**

- Conjoint(e) : Tél :

- Parents : Tél :

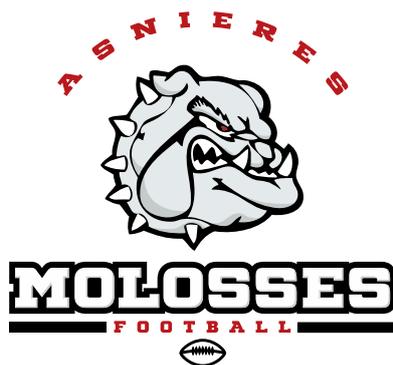
- Autre : Tél :

Fait à : le : / /

### **Signature de l'adhérent :**

*Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »*

### **Cachet du Club :**



## **Charte des valeurs Les Molosses d'Asnières sur Seine**

**Les valeurs que nous défendons sur et en dehors du terrain**

### **L'esprit d'équipe**

Sans avoir la nécessité de devenir tous amis, c'est ce qui nous fait fonctionner en tant qu'équipe.

### **Le courage**

C'est faire ce qui est juste sans jamais baisser les bras.

### **La sincérité**

C'est s'exprimer sans déguiser sa pensée.

### **Le respect**

C'est la considération que l'on doit porter à ses coéquipiers, ses entraîneurs, ses adversaires et aux officiels de matchs.

### **La politesse**

C'est le respect d'autrui. Elle commence par le salut de ses coéquipiers et de ses entraîneurs.

### **L'honneur**

Être fidèle à son engagement, c'est venir aux entraînements, participer aux matchs et prévenir en cas d'absence.

### **La modestie**

C'est parler de soi-même sans orgueil.

### **Le contrôle de soi**

C'est savoir se taire quand monte la colère.

**En étant licencié du club des Molosses d'Asnières sur Seine, je m'engage à  
respecter ces valeurs, sur et en dehors du terrain.**



**RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Titulaire

**LES MOLOSSES D'ASNIERES**

Domiciliation

**SG ASNIERES GARE (03710)  
34 GD RUE CH DE GAULLE  
92604 ASNIERES-SUR-SEINE**

Référence bancaire

Code banque	Code guichet	N° compte	Clé RIB
30003	03710	00050445804	25

IBAN : **FR76 3000 3037 1000 0504 4580 425**

BIC-ADRESSE SWIFT : **SOGEFRPP**