

# YODA FIGHT SCHOOL

## FICHE D'INSCRIPTION POUR LA SAISON 2019/2020

### 1 - RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

(\*) mention obligatoire

<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur		Photo d'identité
NOM(*)		
Prénom (*)		
Né(e) le (*)	..... / ..... / ..... à ..... <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> membre d'une famille	
Nationalité (*)		
☎ Tél. (*)		
@ Mail (*)	<input type="checkbox"/> J'autorise l'utilisation interne du mail par la FFLDA	
📧 Adresse (*) (rue + CP + ville)		
QPV	<input type="checkbox"/> Quartier prioritaire de ville (Beauval Bedier Morellerie, Belle Beille, Grand Pigeon, Hauts De Saint Aubin, Monplaisir, Roseraie, Savary)	

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 obligatoirement à [ffl@fflutte.org](mailto:ffl@fflutte.org) les données concernées avec copie mail obligatoire au club.

### 2 - LICENCE DEMANDÉE ET INSCRIPTION

**GRAPPLING\***

3<sup>ème</sup> membre d'une famille

J'exerce une fonction dirigeant (élu au club, au comité régional, au comité départemental, à la FFLDA)

Licence SDAC (Soutien Dirigeant Autre Club) uniquement si déjà licencié dans un autre club - Pas de compétition

\* Pour le Grappling fight des certificats médicaux spécifiques sont à fournir **selon l'annexe 07-232-19.**

### 3 - COTISATIONS ET LICENCES

ADULTE (Étudiant -10%)	<input type="checkbox"/> Matin : 200,00 €	<input type="checkbox"/> Soir : 200,00 €	<input type="checkbox"/> Les 2 : 325,00 €
FÉMININE	<input type="checkbox"/> 150,00 € (cours du jeudi uniquement)		
ENFANT	<input type="checkbox"/> 110,00 €		
LICENCE et ASSURANCE	<input checked="" type="checkbox"/> 40 € (38€ de licence et 3.16€ d'assurance, 1.16€ à la charge du club)		
<b>TOTAL</b>	, €		

### 5 - INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'urgence, d'intervention médicale ou chirurgicale, je donne (1), ne donne pas (1) l'autorisation aux dirigeants à faire pratiquer les soins d'urgence. Pour mineur, signature d'un parent ou tuteur légal.

(1) : rayer mention inutile

NOM, Prénom, qualité du signataire : .....

N° téléphone (cas d'urgence) : ..... Signature :

**YODA FIGHT SCHOOL**

88 boulevard Albert Camus, apt. 112. 49100 ANGERS

Contact : Soukzavanh Khampasath ☎ 06.38.75.17.89 ✉ [yodafightschool@gmail.com](mailto:yodafightschool@gmail.com)

# YODA FIGHT SCHOOL

## 4 - DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

JE SOUSSIGNÉ, .....

NOM Prénom du demandeur ou du représentant légal

### DÉCLARE :

- Avoir remis à un responsable de mon club, dûment complétés, l'ensemble des informations demandées.
- 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 FFLutte, auprès de laquelle pourra s'exercer un droit d'accès et de rectification (loi n° 78-17 du 6/01/1978).
- 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.

### DE PLUS, JE DECLARE AVOIR :

- Pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence FF LUTTE et de leur coût.
- 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

- OUI**, je souhaite bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » proposée par la fédération
- NON**, je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel.

### GARANTIES COMPLÉMENTAIRES « SPORTMUT LUTTE »

Je déclare avoir 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

- 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 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.
- NON**, je ne souhaite pas souscrire une option complémentaire.

Date ..... / ..... / .....

Signature

YODA FIGHT SCHOOL

88 boulevard Albert Camus, apt. 112. 49100 ANGERS

Contact : Soukavanh Khampasath ☎ 06.38.75.17.89 ✉ yodafightschool@gmail.com

# YODA FIGHT SCHOOL

## 5 - CERTIFICAT MÉDICAL *Pris en application des articles L.231-2 et L.231-3 du Code du Sport*

Ce certificat médical, établi par un médecin de votre choix, doit être daté de moins d'un an au moment de la demande de création ou de renouvellement de licence.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ Docteur en médecine, certifie avoir examiné  
Mr/Mme \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_.

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre indiquant la pratique à l'entraînement et en compétition des disciplines suivantes :

- Grappling (*acuité visuelle et champs visuel à fournir en sus*)
- Jiu-Jitsu Brésilien

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et remis en mains propre.

Le \_\_\_\_\_ À \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin

## 6 – AUTORISATION PARENTALE POUR MINEUR

Votre enfant doit être âgé de 4 ans au minimum. Il n'est assuré que pendant le cours. Au-delà, il n'est pas sous la responsabilité de la section.

Je soussigné(e) Monsieur / Madame \_\_\_\_\_  
et agissant en qualité de père/mère/ représentant légal,  
autorise mon enfant \_\_\_\_\_  
à pratiquer le grappling et le Jiu-Jitsu Brésilien au sein du club.

- J'atteste que mon enfant puisse être pris en photo et vidéo pour des documents d'informations (y compris internet).
  - J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association et m'engage à le respecter.
  - J'autorise mon enfant à partir seul de la salle
- OU**
- Je n'autorise pas mon enfant à sortir seul de la salle

### EN CAS D'URGENCE

Personne à prévenir :

Nom : \_\_\_\_\_ Qualité : \_\_\_\_\_

Tel dom/prof/mob : \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

À \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal

## YODA FIGHT SCHOOL

88 boulevard Albert Camus, apt. 112. 49100 ANGERS

Contact : Soukxavanh Khampasath ☎ 06.38.75.17.89 ✉ yodafightschool@gmail.com