



JOUEUR / DIRIGEANT

DEMANDE DE LICENCE DE FOOTBALL - SAISON 2018-2019



Nom du club : ..... N° d'affiliation du club : .....

**A remplir intégralement**

En cas de première demande, fournir une photo d'identité

**IDENTITÉ**

NOM : ..... Sexe : M  / F   
 PRENOM : ..... Nationalité : FR  / UE  / ETR   
 Né(e) le : ..... / ..... / ..... Ville de naissance : .....  
 Adresse (1): .....  
 ..... CP : ..... Ville : .....  
 Pays de résidence : ..... Email (1) : .....  
 Téléphones : fixe ..... mobile .....

(1) Je fournis (ou mon représentant légal) une adresse et une adresse électronique auxquelles me seront envoyées des communications officielles notamment celles prévues par le règlement disciplinaire de la FFF ainsi qu'un lien pour activer mon espace personnel sécurisé (Mon espace FFF) afin de prendre connaissance de mes éventuelles sanctions disciplinaires. A défaut, j'accepte expressément que les adresses de mon club soient utilisées pour mes communications officielles.

**CATÉGORIE(S)**

Demande une ou des licences de types (plusieurs cases peuvent être cochées) :  
 Dirigeant  Joueur Libre  Joueur Futsal  Joueur Entreprise  Joueur Loisir

**DERNIER CLUB QUITTÉ**

Saison : ..... - ..... Nom du club : .....  
 Fédération étrangère le cas échéant : .....

**ASSURANCES**

Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance, dans le document fourni au verso de la présente demande, par ma Ligue régionale et mon club :

- des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
- de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) :

Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur.

OU BIEN  Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

**OFFRES COMMERCIALES**

Si vous souhaitez recevoir des offres commerciales de la FFF, cochez cette case   
 Si vous souhaitez recevoir des offres commerciales des partenaires de la FFF, cochez cette case

Les coordonnées d'un demandeur dirigeant sont susceptibles d'apparaître sur les annuaires et/ou les sites internet de la FFF, des Ligues ou des Districts.  
 Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case

**AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL (ARTICLE 70.3 DES REGLEMENTS GÉNÉRAUX)**

Le certificat médical est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe est applicable que si les deux conditions suivantes sont respectées pendant la période de trois saisons :

- l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre,
- l'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé (disponible au lien : <https://www.fff.fr/e/l/qs-li.pdf>), et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir :

- Répondu **NON** à toutes les questions ; dans ce cas vous n'avez pas de formalités médicales supplémentaires.
- Répondu **OUI** à une ou plusieurs question(s) ; dans ce cas veuillez faire remplir le certificat médical ci-dessous.

**Dans tous les autres cas (ex : première demande de licence), vous devez fournir le certificat médical ci-dessous.**

**CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné, Dr ..... (1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,

Pour les joueurs (2):

- ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du football
- en compétition,
- en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure (3)(4).

Pour les dirigeants :

- ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel.

(1) Obligatoire. (2) Rayer les mentions inutiles. (3) Rayer en cas de non aptitude. (4) Uniquement dans les conditions de participation fixées par les Règlements Généraux. (5) Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée).

Date de l'examen : ..... / ..... / ..... (1)

Bénéficiaire (nom, prénom)

..... (1)

Signature et cachet (1)(5)

**Pour un licencié MINEUR**

Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette demande à prendre une licence au sein de ce club dans les conditions énumérées dans le présent document (notamment celles relatives aux assurances) ainsi que la création d'un espace personnel.

Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Représentant légal du demandeur :

Nom, prénom : .....

Signature

**Pour un licencié MAJEUR**

Le demandeur certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Demandeur :

Signature

**Représentant du CLUB**

Je certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes et engage la responsabilité du club.

Nom, prénom : .....

Le ..... / ..... / ..... Signature :

**NOTICE D'ASSURANCE LIGUE DES HAUTS DE FRANCE (saison sportive 2018 / 2019) (document non contractuel)**



Pour tous renseignements, contactez : **MUTUELLE DES SPORTIFS (MDS)** - 2/4 rue Louis David - 75782 PARIS Cedex 16  
 ☎ : 01 53 04 86 19 (☎ en cas d'accident : 01 53 04 86 20) / 📠 : 01 53 04 86 87 / 📧 : [contact@grpmds.com](mailto:contact@grpmds.com)



Ce document n'est qu'un résumé des contrats d'assurance visés ci-après. Il n'est par conséquent pas contractuel. // Des notices d'information sont téléchargeables sur le site Internet de la Ligue des Hauts de France ([www.liguehautsdefrance.fr](http://www.liguehautsdefrance.fr)) ou ([nicardie.fr](http://nicardie.fr)) // Ce document n'engage pas la responsabilité de MDS CONSEIL, MAIF, MUTUELLE DES SPORTIFS et LIGUE DES HAUTS DE FRANCE au-delà des limites des contrats visés ci-après.

**ASSURES :** • Pour l'ensemble des garanties : Les licenciés à titre amateur de la Ligue, pratiquant les activités définies ci-dessous. Les pratiquants occasionnels non licenciés. • Au seul titre de l'assurance Responsabilité Civile : Les membres de la famille des licenciés et les invités participant aux activités extra sportives exercées à titre récréatif visées ci-dessous. Les parents ou personnes civilement responsables du fait de licenciés mineurs.

**ACTIVITES GARANTIES (sous réserve que ces activités soient organisées par la Ligue, ses districts, clubs, associations ou groupements affiliés) :** • Activités sportives des assurés pratiquant le football, le futsal, • Activités physiques et sportives nécessaires à l'entraînement et à la préparation physique. • Activités des licenciés non pratiquants, notamment des dirigeants, en rapport avec l'objet de la Ligue. • Stages avec ou sans hébergement réservés aux seuls licenciés. • Manifestations festives à caractère privé telles que fêtes, bals, kermesses, repas, sorties (à l'exclusion : des conséquences de l'utilisation de véhicule terrestre à moteur, des manifestations organisées à des fins commerciales / des manifestations organisées au profit d'une autre association ou de toute personne morale ou physique, sauf dans le cadre du Téléthon ou autres actions humanitaires). • Déplacements nécessités par les activités visées ci-avant.

**TERRITORIALITE :** • Garanties acquises : • Sans limitation de durée, en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer (Guadeloupe Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Nouvelle Calédonie, Guyane, Polynésie Française), en Andorre et à Monaco. • Dès lors que la durée totale du voyage ou du séjour n'excède pas un an, dans tous les autres pays du monde ou territoires, notamment dans les pays de l'Union européenne.

**Cotisation assurance :** 2,90 € TTC par licencié (dont 2,23 € TTC au titre des garanties Individuelle Accident)

**1 / RESPONSABILITE CIVILE (extrait du contrat n° 4029192P, souscrit par la MDS pour le compte de la Ligue des Hauts de France de Football auprès de la MAIF)**

**MAIF** (Société d'assurance mutuelle à cotisations variables - CS 9000 - 79038 Niort cedex 9 - Entreprise régie par le Code des assurances // Contrat présenté par **MDS CONSEIL - 43 rue Scheffer - 75016 PARIS** (SASU de courtage et de Conseil au Capital de 330 144€ - SIRET 434 560 199 00029- APE 6622Z - N° immatriculation ORIAS : 07 001 479 [www.onas.fr](http://www.onas.fr) - Garantie financière et assurance de responsabilité professionnelle conformes aux articles L.530-1 et L.530-2 du code des assurances

- EXCLUSIONS :** • Dommages causés par une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré. • Amendes, avertissements, clauses pénales. • Sinistres consécutifs à l'état alcoolique de l'assuré. • Les dommages y compris le vol, causés aux biens dont l'assuré responsable du sinistre est propriétaire, locataire, dépositaire ou gardien. • Pratique des sports aériens, sports comportant l'usage de véhicules terrestres à moteur, utilisation d'embarcation d'une longueur supérieure à 10 mètres, ou équipée d'un moteur de plus de 10 CV ou pouvant transporter plus de 10 personnes. • Dommages causés par tous engins ou véhicules ferroviaires, aériens, spatiaux, maritimes, fluviaux. • Activités ayant fait l'objet de la souscription d'un contrat d'assurance en vertu d'obligation légale. • Atteintes à l'environnement non accidentelles.
- MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES :** Les garanties sont accordées dans la limite des sommes stipulées au « tableau des limites de garanties et de franchise » ci-dessous.

<b>RC DOMMAGES CORPORELS :</b> 20 000 000 € par sinistre	<b>DEFENSE :</b> 300 000 €
<b>RC DOMMAGES MATERIELS ET INDIVIDUELS CONSECUTIFS :</b> 10 000 000 € par sinistre	<b>RECOURS / PROTECTION JURIDIQUE :</b> Sans limitation de somme (Seuil d'intervention en recours judiciaire : 200 €)

**2 / INDIVIDUELLE ACCIDENT (extrait de l'Accord collectif n° 980A21 souscrit auprès de la Mutuelle des Sportifs - MDS)**

(2/4 rue Louis David - 75782 PARIS Cedex 16 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité Mutuelle immatriculée au Répertoire Sirene sous le n° 422 801 910

- ACCIDENT :** Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et toute mort subite ne résultant pas d'un état pathologique antérieur.
- GARANTIES :** (la M.D.S. arrête ses remboursements à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré)

<b>INVALIDITE PERMANENTE ACCIDENT DE SPORT (trajet exclu)</b>	1 000 000 € (capital réductible en fonction du taux d'invalidité, versé en totalité si celui-ci est supérieur à 65%) (*)
	Avant la consolidation, lorsqu'il constaté par expertise médicale que suite à l'accident le blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 66%, la MDS lui verse un capital forfaitaire immédiat de 100 000 € (celui-ci restant acquis en cas de rémission, si le blessé n'atteint pas à la consolidation le taux de 66%) A la consolidation et si le taux d'invalidité atteint ou excède 66%, il est versé le solde du capital revenant au blessé, soit la différence entre le capital de 1 000 000 € et le forfait immédiat de 100 000 € précédemment réglé. (*) En cas d'invalidité inférieure à 66%, capital versé sur la base de 92 000 € (réductible en fonction du taux d'IPP)
<b>INVALIDITE PERMANENTE ACCIDENT AUTRE QUE DE SPORT</b>	92 000 € pour 100% d'invalidité (capital réductible en fonction du taux d'invalidité) (franchise relative 4%)
<b>DECES</b>	25.000 € // (+ 15% par enfant à charge)

<b>Frais de soins de santé</b>	300 % base de remboursement SS	<b>Frais de prothèses dentaires</b>	500 €/dent	<b>Appareil et matériels divers (cannes, béquilles, fauteuils roulants, ...)</b>	500 €
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	Frais réels	<b>Appareil orthodontique</b>	700 €	<b>Prothèses auditives</b>	500 €
		<b>Bris de lunettes ou de lentilles</b>	500 €		

**BONUS SANTE 2 000 € par accident**

Au-delà des prestations de base définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un **BONUS SANTE** disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur. L'assuré pourra disposer de ce Bonus Santé pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes :  
 • Partiellement d'honoraires médicaux ou chirurgicaux • Prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale • Lunettes et lentilles • Prothèses dentaires • En cas d'hospitalisation : majoration pour chambre particulière dans la limite des frais réels (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) / si le blessé est mineur, coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturés par l'hôpital et des frais de trajet • Frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles • Frais d'ostéopathie prescrits et pratiqués par un médecin praticien. • Et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien

<b>Frais de 1<sup>er</sup> transport + transport aux soins prescrits</b>	Frais réels	<b>Frais de remise à niveau scolaire</b>	40 €/heure de soutien (maximum : 2.800 €) / franchise 15 jours
<b>Frais de reconversion professionnelle</b>	7 630 €	<b>Redoublement de l'année d'études</b>	7 630 €
<b>Indemnité Hospitalisation « Arbitres »</b>	20 €/jour	<b>Indemnités Journalières Arbitres</b>	20 €/j. (maxi 3 ans) / franchise 3 jours (sans franchise si hospitalisation)

**EXCLUSIONS :** • Pratique professionnelle de toutes activités sportives • Accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès • Suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide • Accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense • Suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré • Accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré

**RECLAMATIONS :** En cas de réclamation, l'assuré peut s'adresser au Service Réclamations :  
 ☎ 01.53.04.86.30 - 📠 01.53.04.86.10 - 📧 [reclamations@grpmds.com](mailto:reclamations@grpmds.com) - 📍 Groupe MDS - Service Réclamations - 2/4 rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16

**3 / ASSISTANCE RAPATRIEMENT (extrait du contrat n° 4029192P souscrit auprès de la MAIF)**

**MAIF ASSISTANCE est joignable 7j/7, 24h/24 // Au 05 49 34 88 27 (appel gratuit depuis un poste fixe), si vous êtes en France. / Au +33 5 49 34 88 27, si vous êtes à l'étranger**

ASSISTANCE AUX PERSONNES	
Transport sanitaire	Frais réels
Attente sur place d'un accompagnant	80 €/nuît, maximum 15 nuits
Voyage aller et retour d'un proche (si l'assuré hospitalisé plus de 7 jours)	80 €/nuît, maximum 15 nuits
Prolongation de séjour pour raison médicale	80 €/nuît, maximum 15 nuits
Poursuite du voyage (état ne nécessitant pas un retour au domicile)	Prise en charge des frais de transport pour poursuivre le voyage interrompu, dans la limite des frais qui auraient été engagés pour le retour au domicile
Frais médicaux et d'hospitalisation / Assurés domiciliés en France	Prise en charge sous forme d'avance et en complément du régime de prévoyance, des frais engagés sur place (4.000 € en France et 80.000 € à l'étranger)
Frais médicaux et d'hospitalisation / Assurés domiciliés hors de France	Prise en charge en complément du régime de prévoyance (ou à défaut de couverture sociale), des frais engagés sur place (France : 30.000 € / Etranger : 80.000 €)
Recherche et expédition de médicaments et de prothèses	Recherche sur place (ou expédition) des médicaments indispensables, le coût de ceux-ci restant à la charge de l'assuré
Frais de recherches et de secours	Dans la limite de 30 000 €
ASSISTANCE EN CAS DE DECES	
Décès de l'assuré en déplacement	Prise en charge du transport du corps jusqu'au lieu d'obsèques ou d'inhumation (y compris frais de cercueil)
Déplacement d'un proche	80 €/nuît, maximum 15 nuits
Retour anticipé	Transport jusqu'au lieu d'inhumation ou d'obsèques
ASSISTANCE AUX PERSONNES VALIDES	
Retour des autres bénéficiaires	Frais réels
Accompagnement d'un handicapé ou d'un enfant de moins de 15 ans	Voyage aller-retour d'un proche ou d'un accompagnant habilité
Attente sur place de la réparation du véhicule	80 €/nuît, maximum 15 nuits
Retour anticipé pour se rendre au chevet d'un proche	Titre de transport
Retour en cas d'indisponibilité du véhicule	Prise en charge du retour au domicile
Sinistre majeur concernant la résidence	Prise en charge du retour au domicile

**OPTIONS COMPLEMENTAIRES SPORTMUT LIGUE DES HAUTS DE FRANCE (limite d'âge d'adhésion : 75 ans)**  
 Le licencié désireux de souscrire une garantie optionnelle devra remplir le formulaire de souscription téléchargeable sur le site Internet de la Ligue et le renvoyer à la MUTUELLE DES SPORTIFS (2/4 rue Louis David - 75782 Paris cedex 16) en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie. Les garanties prennent effet le lendemain de l'envoi de la demande d'adhésion.

Exemples d'options (cocher l'option choisie)	Décès	Invalidité	LJ (à compter du 4 <sup>ème</sup> jour, pendant au plus 1095 jours)	Cotisation annuelle Joueur, Educateur Fédéral, Animateur, Moniteur & Entraîneur		Cotisation annuelle Arbitres, Dirigeants non pratiquants
				3 € TTC	5 € TTC	
(*) Formule réservée aux mineurs âgés de moins de 12 ans	N° 1	30 500 € (*)		3 € TTC		
	N° 2	15 250 € (**)	30 500 € (**)	5 € TTC		5 € TTC
(**) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 65 ans	N° 3	45 750 €	91 500 €	14 € TTC		14 € TTC
	N° 4	45 750 €	91 500 €	22 € / Jour		23 € TTC
	N° 5	76 250 €	152 500 €	39 € / Jour		43 € TTC
	N° 6			31 € / Jour		17 € TTC



## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT » PRÉALABLE À LA DEMANDE DE LICENCE (Changement de club ou renouvellement)

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Française de Football selon les règles énoncées à l'article 70 des Règlements Généraux de la F.F.F.

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**.

### DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :

**OUI** **NON**

- 1 | Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?
- 2 | Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?
- 3 | Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?
- 4 | Avez-vous eu une perte de connaissance ?
- 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 ?
- 6 | Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?

### À 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.) survenue durant les 12 derniers mois ?
- 8 | Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?
- 9 | Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

**NB** : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

**SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS  
ET QUE VOUS AVIEZ FOURNI UN CERTIFICAT MÉDICAL EN 16/17 OU 17/18 :**

#### **Pas de certificat médical à fournir.**

Simplement attestez, selon les modalités prévues par la F.F.F., sur votre demande de licence (en ligne ou papier), avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

**SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :**

#### **Certificat médical à fournir.**

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.