

DOSSIER INSCRIPTION

SAISON 2024-2025

DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- **Fiche individuelle d'adhésion** remplie et signée avec photo d'identité
- **Formulaire fédéral avec certificat médical** joint ou **Questionnaire santé sport** pour les mineurs et les renouvellements de moins de 3 ans
- Photocopie de la **carte d'identité** ou **passport** (Pour les nouveaux)
- Formulaire **SMACL** Remplie ou Signée (en cas de souscription)
- **Autorisation Parentale** remplie et signée pour les athlètes mineurs

TARIFS

A noter : le prix des licences comprend la cotisation et la dotation d'une tenue d'entraînement neuve

FOOTBALL AMERICAIN

FLAG

CHEERLEADING

Séniors (nés en 2004 et avant) : 250€

U20 (nés entre 2005 et 2007) : 200 €

U17 (nés entre 2008 et 2010) : 200€

U12/U14 (nés entre 2011 et 2013) : 180€

U11 (nés entre 2014 et 2017) : 150€

U7 (nés entre 2018 et 2020) : 150€

1 Chèque de Caution de 350 €

Non encaissé

Achat/Location du matériel

40€ Kit Débutant (Achat)

50€ Location casque et épaulière (Gratuit U12/U14)

+15 ans (nés en 2006 et avant) : 180€

50€ pour maillot et short Match

Compétitions (nés en 2007 et avant) : 270€

Renouvellement : 170€

Loisirs (nés en 2007 et avant) : 230€

Renouvellement: 160€

Tiny (nés à partir de 2007) : 200€

Renouvellement : 130€

AVANTAGES ET MOYENS DE PAIEMENTS

AVANTAGES

- **Partenariat** : licence offerte pour un partenariat (1000€ minimum)

- **CCAS** : une partie de la licence pris en charge par la Mairie (voir condition sur le site Nimes.fr)

- **Dispositif Pass'Port** : aide de 50€ (valable jusqu'au 31 Décembre)

Voir condition auprès du club

MOYEN DE PAIEMENT

- Cheque ANCV

- Virement Bancaire

- Espèce

- **Chèque** (paiement en plusieurs fois par tranche de 50€)

- CB

LES DOSSIERS INCOMPLETS NE SERONT PAS ACCEPTÉS

HORAIRE D'ENTRAINEMENT

FOOTBALL AMERICAIN

Seniors

Mardi 20h00 - 22h30 Terrain Rugby Synthétique Kaufmann

Jeudi 19h30-22h Terrain Rugby de La Bastide

U17/U20

Lundi 20h – 22h

Vendredi 19h30 – 21h30

Terrain Synthétique de Kaufmann

U12/U14

Mercredi 17h30 – 19h

Vendredi 18h – 19h30

Terrain Synthétique de Kaufmann

U11

Mardi 18H30 – 19h30

Vendredi 18h – 19h

Terrain Synthétique de Kaufmann

U7

Samedi 18h – 18h45

Terrain de Rugby de la Bastide

FLAG

Seniors

Mercredi 19h - 21h30

Terrain Rugby de La Bastide

CHEERLEADING

Seniors

Mardi 19h – 21h Le Parnasse

Jeudi 20h – 22h Gymnase Marius Liotier

Samedi 16h – 18h Gymnase Marius Liotier

Jeunes

Mardi 18h – 19h Le Parnasse



NOM :

PRENOM :

CATEGORIE :

PHOTO

INFORMATIONS ADHERENT :

Né le :/...../..... à Nationalité :

Adresse :

Code Postal : Vile :

CONTACT :

Tél Portable (adhérent) :

Tél Portable (responsable légal) :

Adresse mail adhérent :

Adresse mail responsable légal :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES :

Professions ou études en cours et établissement :

Profession du Père :

Profession de la Mère :

Taille T-Shirt :

Taille Pantalon/Short :

AVANTAGE :

PARTENARIAT :

KIT DEBUTANT

40 EUROS



CEINTURE

Prix Unitaire: 5€



SHORT

Prix Unitaire: 15€

(déjà compris dans la licence U20 à U11)



PROTECTION BAS DU
CORPS

Prix Unitaire: 30€



PROTEGE DENT

Prix Unitaire. : 5€

AUTORISATIONS, ATTESTATIONS ET CHARTE

AUTORISATIONS ET ATTESTATIONS

CHARTE LICENCIE

Je soussigné :

Responsable légale de l'adhérent

Autorise :

- Les responsables du club à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident ainsi que de faire transporter l'adhérent nommé ci-dessus dans l'établissement le plus proche et l'en faire sortir si nécessaire.
- L'adhérent nommé ci-dessus à monter dans le véhicule (assuré pour le transport des personnes) du club, d'un employé ou bénévole du club ou de tout autre transporteur privé, en vue de se rendre sur des manifestations liées aux Centurions.
- Le club des Centurions à utiliser des photographies et des vidéos de l'adhérent nommé ci-dessus pour nos propres documents de communication ainsi que des parutions presse écrites et télévisuelle

Atteste :

- Être informé de la procédure à suivre en cas d'accident survenu lors d'un événement du club (fiche de déclaration d'accident à remplir par l'adhérent)
- Être informé des contraintes médicales (produits et méthodes interdites) liée à la pratique compétitive du football américain et/ou Flag.
- Être informé que tout matériel mis à disposition par le club devra être restitué avant le 30 Juin. Dans le cas contraire le club encaissera la Caution.
- Être informé des risques inhérents à la pratique du Football américain et/ou Flag

Fait à :

SIGNATURE RESPONSABLE

Date :

Article 1 : Toute violation du présent règlement peut entraîner l'exclusion du joueur concerné, en cas de récidive l'exclusion peut être définitive.

Article 2 : L'usage de tous produits faisant partie de la liste ministérielle des produits dopants est strictement INTERDIT

Article 3 : Tout retard ou absence à un entraînement ou/et match doit être signalé à l'entraîneur par SMS et par le responsable légal. Les entraînements sont obligatoires.

Article 4 : Tous les documents (cahiers de jeux, plan d'installations, plannings, etc...) remis aux joueurs sont personnels et confidentiels et doivent être respectés.

Article 5 : Tous les membres du staff incluant les kinés, médecins, responsable vidéo, manager d'équipements et les dirigeants bénévoles doivent être traités avec respect et considérations.

Article 6 : En tant que membre de l'équipe de football américain « Les Centurions » et représentant votre sport, vous devez adapter un comportement exemplaire vis-à-vis des personnes de l'extérieur, notamment de respecter ceux qui travaillent sur les sites d'entraînements, de match et en déplacements. Tout écart de conduite ou de langage sera sanctionné.

Article 7 : Il est strictement interdit de divulguer des informations sur le club, émettre des avis déplacés ou négatifs, polémiquer sur les réseaux sociaux, forums et sur internet en général.

Article 8 : Chaque joueur (junior, sénior) s'engage à assurer 2 prestations extra-sportives (chaîne, arbitrage, buvette, etc...) durant la saison.

Article 9 : Si un transport en commun est prévu, il est obligatoire pour tous les joueurs sauf cas exceptionnel.

Fait à :

SIGNATURE RESPONSABLE

Date :

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR EN VUE DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE

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
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?		
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) ?		
A ce jour		
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 ?		
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 ?		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplyment attestez 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.

**Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié*

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es : une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge :	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

Fédération Française de Football Américain

2 rue du Centre – Immeuble ATRIA – 93160 NOISY LE GRAND - Tél : 01 43 11 14 70 - Fax : 01 43 11 14 71

www.ffa.org - viesportive@ffa.org

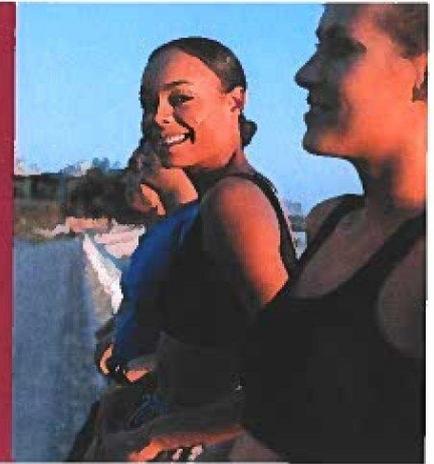
Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z



Votre bulletin de souscription

Garantie individuelle accident complémentaire



Contrat collectif « Individuelle accident complémentaire » à adhésion facultative souscrit par la fédération auprès de SMACL Assurances.

Il est destiné à couvrir les licenciés ou les pratiquants occasionnels non licenciés qui souhaitent bénéficier de garanties complémentaires allant au-delà du régime de base offert par la licence.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION À RETOURNER À

SMACL Assurances - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9,
accompagné de votre règlement par chèque à l'ordre de SMACL Assurances du montant de l'option choisie.

À réception, vous serez adressées les conditions particulières récapitulant les caractéristiques de votre souscription.

ASSURÉ

Mme M.

Nom :	<input type="text"/>	Nom de naissance :	<input type="text"/>
Prénoms :	<input type="text"/>	Date de naissance :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>		
Code postal :	<input type="text"/>	Ville :	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>	E-mail :	<input type="text"/>
Profession :	<input type="text"/>		
Nom du club affilié :	<input type="text"/>		

Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat d'assurance souscrit par la fédération et notamment la garantie Individuelle accident complémentaire ayant pour objet l'indemnisation des accidents corporels suite à un accident survenant dans le cadre des activités garanties au titre du contrat de la fédération et ce, en complément du régime de base offert par la licence.

et

Décide de souscrire cette option Individuelle accident complémentaire à effet du lendemain de la réception du bulletin. Les garanties prennent fin au 31 juillet suivant.

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

Mes héritiers légaux dans l'ordre successoral

Autre désignation :

La clause bénéficiaire désigne la (ou les) personne(s) qui percevront le capital du contrat en cas de décès de l'assuré. Elle doit donc impérativement être adaptée à la situation familiale, aux objectifs et à la volonté de l'assuré. Aussi, afin d'éviter toute ambiguïté sur l'identité des bénéficiaires ou de prévenir une éventuelle situation de déshérence, l'assuré doit porter une attention particulière à sa rédaction.

Il s'agit de bénéficier de garanties complémentaires au contrat de base « Individuelle accident corporel » proposée par la fédération, soit, au choix :

- **un capital Décès**
- **un capital Invalidité** : un capital invalidité dont le montant est fixé ci-dessous selon la catégorie de bénéficiaires. Aucune indemnité ne sera versée lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 5 %.
- **des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale** :
 - indemnité, destinée à compenser une perte réelle de revenus ou un manque à gagner justifié, est versée à compter du 8^e jour suivant la date de l'accident et pendant un maximum de 365 jours répartis sur 2 ans ;
 - incapacité temporaire cesse dès que l'assuré est en mesure de reprendre, même partiellement, ses occupations ou dès la consolidation médicale de son état.

La date de consolidation des blessures et la durée de l'incapacité temporaire totale sont fixées par le médecin-expert désigné par SMACL Assurances.

Assuré	Formule	Montant du capital DECÈS	Montant du capital INVALIDITÉ (100 % invalidité) ^(*)	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES Montant / jour	TARIF FORFAITAIRE TTC	COCHER LA FORMULE CHOISIE
Licencié (ou pratiquant occasionnel non licencié)	1	15 000 €	31 000 €		25 €	<input type="checkbox"/>
	2	30 000 €	61 000 €	15 €	55 €	<input type="checkbox"/>
	3	50 000 €	75 000 €	30 €	80 €	<input type="checkbox"/>

(*) Montant obtenu en multipliant le capital par le taux d'incapacité permanente résultant de l'accident.

Je ne souhaite pas recevoir les offres sur les autres produits et services de SMACL Assurances

J'accepte de recevoir les offres commerciales des partenaires de SMACL Assurances

• Vous reconnaissez avoir pris connaissance des documents d'information sur le produit d'assurance Individuelle accident complémentaire et de la notice d'information du contrat d'assurance souscrit par la fédération et définissant :

- les garanties et notamment la garantie Individuelle accident complémentaire ayant pour objet l'indemnisation des accidents corporels suite à un accident survenant dans le cadre des activités garanties en complément du régime de base de la licence ;
- leurs modalités d'entrée en vigueur ;
- les formalités à accomplir en cas de sinistre.

et vous certifiez en avoir pris connaissance avant la signature du présent bulletin de souscription.

• Vous reconnaissez que votre contrat ne pourra prendre effet au plus tôt que le lendemain du jour de réception par SMACL Assurances.

Vos données personnelles : SMACL Assurances et SMACL Assurances SA, en qualité de responsables conjoints du traitement, recueillent et utilisent vos données personnelles pour la souscription, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance. Vos données peuvent également être traitées dans le cadre de nos obligations en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude mis en œuvre dans l'intérêt légitime de SMACL Assurances, de SMACL Assurances SA et de leurs assurés. Pour plus d'informations sur l'utilisation de vos données ou l'exercice de vos droits (accès, rectification, opposition, etc.), consultez notre espace dédié « Données personnelles » sur notre site internet (www.smacl.fr/donnees-personnelles) ou contactez le Délégué à la protection des données : protectiondesdonnees@smacl.fr

Fait à le / / 20

Signature du représentant

Contrat assuré par **SMACL ASSURANCES** - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances, RCS Niort n° 301 309 605 141.
Siège social : 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9.
Géré par **SMACL ASSURANCES SA** - Société anonyme au capital de 138 801 048 euros, entreprise régie par le Code des assurances, RCS Niort n° 833 817 224.
Siège social : 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9.



04/2024 - Conception : Direction développement et communication SMACL Assurances. Photo : Freepik.

