

## DOSSIER INSCRIPTION

*Saison Sportive 2025/2026*

### CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

- **PAGE 1** / Page d'Accueil– Constitution du Dossier – Contacts Responsables
- **PAGE 2** / Informations sur l'Ecole Handisport de la Somme
- **PAGE 3-4** / Fiche Inscription + Assurance
- **PAGE 5-6** / Certificat Médical (*concernant l'aptitude physique de l'enfant*)
- **PAGE 7** / Fiche Transport
- **PAGE 8** / Autorisation de Droit à l'Image
- **PAGE 9** / Charte d'Engagement de l'Ecole Handisport de la Somme + Communication FFH
- **PAGE 10>12** / Notice d'Informations et Bulletin d'Adhésion MAIF (*Informations*)

### RESPONSABLES DE L'ECOLE HANDISPORT DE LA SOMME



**Mr Nathan BARNABE**  
Agent de Développement  
C.D. Handisport Somme  
Tél : 07 82 74 41 78  
Email :  
[cd80@handisport.org](mailto:cd80@handisport.org)



**Mr Théo HERMIER**  
Agent de Développement  
C.D. Handisport Somme  
Tél : 06 99 80 99 72  
Email :  
[cd80@handisport.org](mailto:cd80@handisport.org)



**Mr Davy OGER**  
Professeur d'EPS  
Collège Sagebien  
Tél : 06 72 02 00 93  
Email :  
[davy.oger@ac-amiens.fr](mailto:davy.oger@ac-amiens.fr)



**Mr Benoit BERTON**  
Elu Référent  
C.D. Handisport Somme  
Tél : 03 22 33 63 33  
Email :  
[bberton@ac-amiens.fr](mailto:bberton@ac-amiens.fr)



# INFORMATIONS

## *Ecole Handisport de la Somme 2025/2026*

### PRESENTATION

L'Ecole Handisport de la Somme est une structure d'accueil du Comité Départemental Handisport de la Somme, dédiée et adaptée aux jeunes en situation de handicap moteur ou sensoriel, qui souhaitent découvrir / s'initier à la pratique sportive et s'entraîner dans les disciplines organisées par la Fédération Française Handisport.

### POUR QUI ? OÙ ? ET QUAND ?

L'Ecole Handisport de la Somme est ouverte aux jeunes, de 6 à 20 ans, en situation de handicap moteur et/ou sensoriel. Celle-ci se déroule **tous les Mercredis (hors Vacances Scolaires), de 15h30 à 17h30 au Gymnase Stéphane FOURNIER** (87bis rue Sagebien – 80000 AMIENS).

### ORGANISATION ET TARIFICATION

L'Ecole Handisport de la Somme est organisée sous l'égide du Comité Départemental Handisport de la Somme, présidé par Joseph MBONGO, et est encadrée par Nathan BARNABE et Théo HERMIER du C.D. Handisport Somme, et Benoit BERTON et Davy OGER, Professeur d'EPS du Collège Sagebien. Le montant de **l'Inscription Annuelle est de 50€ par jeune** (à l'ordre du Comité Départemental Handisport de la Somme), comprenant :

- Cout de la Licence LOISIRS Handisport (affiliée à l'A.S. Sagebien) : 32€
- Cout de la Cotisation Association : 19€

**A SAVOIR /** De nombreux dispositifs permettent de prendre en charge une partie, voir la totalité, de l'Inscription Annuelle de votre enfant. Exemples :

- **Dispositif Pass'Sport (Etat – Ministère des Sports)** : Jusqu'à 70€ pris en charge pour les jeunes en situation de handicap, jusqu'à 30ans – Attention : Valable jusqu'au 31 Décembre 2025 \_\_\_\_\_
- **Dispositif Pass'Sport Handicap (Conseil Départemental)** : Jusqu'à 30€ pris en charge pour la prise d'une Licence Handisport au sein de la F.F. Handisport \_\_\_\_\_

### APPARTENANCE A L'ASSOCIATION SPORTIVE SAGEBIEN

Pardéfaut, chaque jeune inscrit à l'Ecole Handisport de la Somme sera licencié à l'Association Sportive du Collège Sagebien (affiliée à la F.F. Handisport). Cette licence lui permettra de participation aux diverses manifestations organisées par la Fédération Française Handisport (sous réserve des sports cochés sur le Certificat Médical).



# FICHE INSCRIPTION

*Ecole Handisport de la Somme 2025/2026*

## INFORMATIONS SUR VOTRE ENFANT :

PRENOM : .....

NOM : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / ..... / Age : .....

Commune de Naissance : .....

.Nationalité : ☐ FRANCAISE / ☐ ETRANGERE : .....

Etablissement Scolaire 2025/2026 : .....

En classe de ..... / Professeur/Enseignant Référent : .....

☐ DEMI-PENSIONNAIRE / ☐ EXTERNE / ☐ INTERNE

Régime Scolaire : Déjà Licencié(e)s dans une Association Sportive sur la Saison 2024/2025 : ☐ OUI / ☐ NON

Si OUI, laquelle : .....

Taille Textiles (Haut) : ..... / Taille Textiles (Bas) : .....

## INFORMATIONS SUR LES PARENTS :

Adresses des Parents : .....

Code Postal : ..... / Ville : .....

Prénom de la Mère : ..... / NOM de la Mère : .....

Profession : .....

Téléphone : ..... / Email : .....

Prénom du Père : ..... / NOM du Père : .....

Profession : .....

Téléphone : ..... / Email : .....

## HANDICAP DE VOTRE ENFANT :

- |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Handicaps neurologiques évolutifs :<br><input type="radio"/> Maladies génétiques dégénératrices<br><input type="radio"/> Sclérose en plaque (SEP)                                                                                                      | <input type="radio"/> Handicaps visuels<br><input type="radio"/> Malvoyant<br><input type="radio"/> Non-Voyant                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="radio"/> Handicaps auditifs<br><input type="radio"/> Malentendant<br><input type="radio"/> Sourd                                                                                                                                 |
| <input type="radio"/> Handicaps neuro d'origine périphériques :<br><input type="radio"/> Poliomyélite<br><input type="radio"/> Atteinte des nerfs<br><input type="radio"/> Maladies neuro-musculaires<br>(polynévrites, polyradiculonévrites, ...)                           | <input type="radio"/> Handicaps orthopédiques :<br><input type="radio"/> Amputation ou agénésie<br><input type="radio"/> Membre(s) Inférieur(s)<br><input type="radio"/> Membre(s) supérieur(s)<br><input type="radio"/> Raideur articulaire /<br>malformation<br><input type="radio"/> Fragilité osseuses<br><input type="radio"/> Personne de petite taille | <input type="radio"/> Autres :<br><input type="radio"/> Obésité<br><input type="radio"/> Troubles cardio-vasculaires<br><input type="radio"/> Troubles respiratoires<br><input type="radio"/> Maladies chroniques<br>(diabète, leucémie, ...) |
| <input type="radio"/> Lésions cérébrales :<br><input type="radio"/> Paralysie cérébrale (IMC)<br><input type="radio"/> Dues à un AVC<br><input type="radio"/> Dues à un traumatisme crânien<br><input type="radio"/> Autres causes<br>(anexie, infection, tumeur, autre ...) | <input type="radio"/> Paraplégie<br><input type="radio"/> Tétraplégie<br><input type="radio"/> Spina Bifida                                                                                                                                                                                                                                                   | des <input type="radio"/> Troubles<br>apprentissage moteurs (dyspraxie,<br>...)<br><input type="radio"/> Handicap Mental<br><input type="radio"/> Autres                                                                                      |
- ☐ Mon enfant a besoin d'une tierce personne dans les gestes de la vie quotidienne (habillage, toilette, ...)

**OBLIGATOIRE > Joindre l'Attestation de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) ou l'Attestation d'Allocation Adultes Handicapé (AAH) de l'enfant concerné par le dossier.**

## ASSURANCE :

Je soussigné(e) : .....

Responsable Légal de : .....

Déclare avoir :

- Pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma Licence Fédération Française Handisport et de leur coût (*Page 10 à 12 du dossier d'inscription*)
- Pris connaissance du Bulletin d'Adhésion permettant de souscrire personnellement des garanties supplémentaires

**Garantie de Base Individuelle Accident :** ☐ OUI, je souhaite bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » comprise dans ma licence F.F. Handisport ☐ NON, je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel (coût remboursé en cas de refus : 0,83€ TTC)

### Garanties complémentaires « SPORTMUT HANDISPORT » :

☐ 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 correspondant et en le retournant à la MAIF en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie.

☐ NON, je ne désire pas souscrire d'option complémentaire.

Signature du licencié (ou du représentant légal pour les mineurs) :

## CERTIFICAT MEDICAL HANDISPORT

Je soussigné(e), Docteur .....

**Certifie avoir examiné ce jour**

Nom et Prénom : .....

Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique sportive

☐ de compétition

☐ de loisir

Remarques restrictives éventuelles : .....

.....  
.....

### Remarques :

→ La Fédération Française Handisport demande un certificat médical indiquant la saison sportive en cours et attestant l'absence de non contre-indication avant la délivrance d'une licence sportive

- Systématiquement pour toute première demande de licence (*article L231-2 du code du sport*)
- Annuellement pour tout compétiteur (certificat datant de moins d'un an) (*article L231-3 du code du sport*)
- Conformément à l'article L231-2 du code du sport, la FFH exige pour tout renouvellement de licence, pour un pratiquant, un certificat médical.

### → Multiactivités

Le code du sport précise : « ...un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de l'activité physique ou sportive pour laquelle elle est sollicitée »

Ce qui veut dire que ce certificat ne peut être délivré pour « toute activité » et qu'il doit préciser telle(s) ou telle(s) activités.

### D'où l'obligation de cocher les activités pratiquées page 2

→ Ne pas oublier de dater et signer le certificat.

## LISTE DES ACTIVITES SPORTIVES HANDISPORT

→ Cocher toutes les activités concernées par ce certificat médical en spécifiant le type de pratique (loisir ou compétition) :

| Compét                   | Loisir                   | Activités Sportives |
|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Athlétisme          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aviron              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Badminton           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Basket-ball         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Boccia              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bowling             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Boxe                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Canoe-kayak/pirogue |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cécifoot            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cyclisme handcycle  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cyclisme solo       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cyclisme tandem     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cyclisme tricycle   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Danse               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Equitation          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Escalade            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Escrime             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Football a 5        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Football a 7        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Football a 11       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Foot fauteuil       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Futsal              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Futsal -sourds      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Goalball/ Torball   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Golf                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gymnastique         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haltérophilie       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Handball            |

| Compét                   | Loisir                   | Activités Sportives     |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hockey sur glace        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hockey sur gazon        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hockey en fauteuil      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Judo                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Karaté                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Musculation             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Natation                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Patinage                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Plongée sous-marine     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Randonnée - FTT         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Randonnée -joëlette     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Randonnée pédestre      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Roller                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rugby                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sarbacane               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Showdown                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ski alpin               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ski nordique / Biathlon |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Snowboard               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sports boules/ Pétanque |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tai chi                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Taekwondo               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tennis                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tennis de table         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tir à l'arc             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Triathlon               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Voile                   |
|                          | <input type="checkbox"/> | <b>Autres :</b>         |

|                                       |                                    |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Char à Voile | <input type="checkbox"/> Chanbara  |
| <input type="checkbox"/> Rafting      | <input type="checkbox"/> Pêche     |
| <input type="checkbox"/> Tir Sportif  | <input type="checkbox"/> Vol Libre |
|                                       | <input type="checkbox"/> Golf      |

Nombre de cases cochées : \_\_\_\_

Date de l'examen médical : \_\_ / \_\_ / \_\_

Cachet professionnel:

Signature du médecin :

Encadré en ROUGE, les activités possibles sur l'Ecole Handisport de la Somme.

**IMPORTANT : Pensez à cocher le MAXIMUM DE CASE POSSIBLE** pour être assuré sur les activités

Encadré en ROUGE, les activités proposées par la F.F. Handisport.

**IMPORTANT : Pensez à cocher le MAXIMUM DE CASE POSSIBLE**

pour être assuré sur les activités proposées par la F.F. Handisport.



# FICHE DE TRANSPORT

## Ecole Handisport de la Somme 2025/2026

Par défaut, **votre enfant devra suivre ce plan de transport**. Pour toutes modifications de cette fiche, merci de contact Benjamin GAILLIEN, du Comité Départemental Handisport de la Somme.

**INFORMATION / Sauf cas particuliers, les séances de l'Ecole Handisport de la Somme auront lieu au Gymnase Stéphane FOURNIER, 87bis rue Sagebien à Amiens.**

| SEANCE                          | Transport ALLER*                                                                                                                                                        | Nom Téléphone** | Transport RETOUR*                                                                                                                                                       | Nom Téléphone** |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <b>MERCREDI</b><br>15h30 /17h30 | <input type="checkbox"/> Transporteur<br>(Taxi, Synergiph, ...)<br><input type="checkbox"/> Handisport<br>(C.D. Handisport 80)<br><input type="checkbox"/> En Autonomie |                 | <input type="checkbox"/> Transporteur<br>(Taxi, Synergiph, ...)<br><input type="checkbox"/> Handisport<br>(C.D. Handisport 80)<br><input type="checkbox"/> En Autonomie |                 |

\* du lieu de scolarisation ou de la structure au lieu de la séance pour l'aller et du lieu de la séance au domicile ou structure d'accueil pour le retour : (BUS, TAXI, SPTA, TAP, collège, parents, Section, IEM...)

\*\* : indiquer le numéro du transporteur

### AUTORISATION :

Je soussigné(e) : .....

Responsable Légal de : .....

autorise mon enfant à se rendre par ses propres moyens directement au Gymnase S. FOURNIER à la sortie de l'école/collège/lycée ou de la structure :

- ☐ A se rendre directement au Gymnase F. FOURNIER pour 15h30 par ses propres moyens (Prise en charge dans le cadre de l'Ecole Handisport de la Somme sera effective à partir de 15h30 au Gymnase S. FOURNIER)
- ☐ A rejoindre son domicile à partir de 17h30 par ses propres moyens.

Signature du licencié (ou du représentant légal pour les mineurs) :



# DROIT A L'IMAGE

***Ecole Handisport de la Somme 2025/2026***

Je soussigné(e) : .....

Responsable Légal de : .....

Atteste avoir pris connaissance de cette autorisation de droit à l'image, dans le cadre des actions mises en place par le Comité Départemental Handisport de la Somme et l'Association Sportive Sagebien, sur l'année sportive

2025-2026, et

☐ AUTORISE

☐ N'AUTORISE PAS

le Comité Départemental Handisport de la Somme et l'Association Sportive Sagebien à utiliser son image, dans un but unique de promotion des activités physiques et sportives adaptées, proposées par l'association sur le département de la Somme.

Ces photos, vidéos, seront prises et utilisées dans le but de faire la promotion du Mouvement Handisport sur le département de la Somme. Les images prises ne pourront, en aucun cas, être dénaturées, ni détournées de leur contexte, par un montage ou par tout autre procédé. La légende ne pourra pas porter atteinte à la vie ou la réputation de la personne.

Cette promotion du Mouvement Handisport pourra avoir lieu sur les différents outils de communication du C.D. Handisport Somme, listés ci-dessous :

**Site Internet : [www.handisport-somme.org](http://www.handisport-somme.org)**



Facebook :

« Comité Départemental Handisport de la Somme »



Twitter :

« @CDHandisport80 / #CDHandisport80 »



Instagram :

« @Handisport\_Somme »



Linkedin :

« Comité Départemental Handisport de la Somme »



Flickr :

« Comité Départemental Handisport de la Somme »



Youtube :

« Comité Départemental Handisport de la Somme »

Vous pourrez, à tout moment, faire valoir votre droit d'accès et votre droit de rectification et de suppression des données qui vous concerne sur simple demande auprès du C.D. Handisport Somme, à l'adresse mail suivante :

[cd80@handisport.org](mailto:cd80@handisport.org).

Signature du licencié (ou du représentant légal pour les mineurs) :



# CHARTRE D'ENGAGEMENT

## *Ecole Handisport de la Somme 2025/2026*

### **L'Ecole Handisport de la Somme s'engage à :**

- Assurer des séances hebdomadaires sur les créneaux horaires définis
- Assurer un suivi scolaire et sportif au quotidien, en cas de problème, LA REUSSITE SCOLAIRE EST LA PRIORITE.
- Assurer le bien-être et la santé de l'enfant, en cas de difficultés ou de problèmes physiques, les séances pourront être aménagés ou réduits en cas de fatigue constatée.
- Assurer un suivi médical approfondi.
- Assurer la participation aux Evénements et/ou Compétitions Fédérales dans l'(les) activité(s) choisie(s)

### **L'enfant intégrant l'Ecole Handisport de la Somme s'engage :**

### **à être ASSIDU(E) et à RESPECTER SES ENGAGEMENTS**

L'enfant a été volontaire pour entrer dans l'Ecole Handisport de la Somme et, à ce titre, il s'engage à **RESPECTER UN CONTRAT MORAL : apporter le même sérieux sur le plan scolaire que sur le plan sportif.**

Tout manquement à cet engagement moral sera l'objet d'une remise en question de la participation de l'enfant à l'Ecole Handisport de la Somme. Dans le cas où aucune solution n'a été trouvée, l'enfant pourra être écarté momentanément de l'Ecole Handisport de la Somme.

Sa réintégration ne sera effective qu'après décision favorable du responsable de l'Ecole Handisport de la Somme, en accord avec les parents/éducateurs.

Il s'engage à :

- Participer de façon assidue aux séances. **La présence aux séances est obligatoire. En cas de dispense temporaire de pratique, un certificat médical devra obligatoirement être fourni.**
- **Se licencier dans un club à la Fédération Française Handisport** *Confère Certificat Médical Handisport en Annexe .*

Signature de l'élève :

Signature du licencié (ou du représentant légal pour les mineurs) :

### **COMMUNICATION F.F. HANDISPORT :**

☐ J'autorise la FFH à collecter les données de mon enfant uniquement dans le cadre de la prise de Licence **(Obligatoire pour la prise de licence)**

☐ J'autorise la FFH à utiliser mon email dans le cadre de sa communication fédérale (actualités, newsletters, Le Mag', offres partenaires, ...)



# Notice individuelle dommages corporels à l'attention des adhérents titulaires d'une licence FFH

saison 2023/2024

La Fédération française de Handisport attire l'attention de ses pratiquants sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer. Les dommages corporels dont vous pouvez être victime à l'occasion des activités mises en place par la FFH, ses organismes et ses clubs affiliés sont pris en charge dans le cadre du contrat souscrit auprès de MAIF par la fédération (n° de sociétaire 3 839 282 P).

## Garantie Individuelle accident<sup>1</sup>

Votre couverture intègre l'assurance indemnisation des dommages corporels de base facultative.

### CHAMP D'APPLICATION

Toutes les activités développées par le Souscripteur dans le cadre de son objet associatif tel que :

- La pratique amateur de toutes activités physiques et sportives à l'exclusion toutefois des disciplines listées à l'article 1.4.1 des conditions générales.
- L'activité « voile » selon les modalités indiquées aux conditions générales
- Les activités physiques et sportives nécessaires à l'entraînement et à la préparation physique des licenciés.
- Les activités des licenciés non pratiquants, notamment des dirigeants, arbitres, entraîneurs, médecins, kinés, délégués techniques et fédéraux, chefs de délégation, en rapport avec l'objet de la Fédération.
- Les stages avec ou sans hébergement réservés aux seuls licenciés.
- Les sorties pour la pratique d'entraînement et d'activités physiques et sportives des licenciés.
- Les activités de promotion ouvertes aux non licenciés pour la découverte de la pratique des activités garanties au contrat.
- Les stages, réunions, colloques et activités promotionnelles (fêtes, bals, sorties, journées portes ouvertes...).
- Les trajets aller et retour pour se rendre au lieu de l'activité et en revenir.

### TERRITORIALITÉ

Les garanties sont acquises dans le monde entier.

### PRINCIPALES EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties :

- Les dommages résultant de la faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré, ou de sa participation active à un acte illicite constituant un crime ou un délit intentionnel.
- Les conséquences pouvant résulter de soins reçus, traitements suivis ou d'interventions chirurgicales non consécutifs à un accident corporel garanti.
- Les affections ou lésions de toute nature qui ne sont pas la conséquence de l'événement accidentel déclaré ou qui sont imputables à une maladie connue ou inconnue du bénéficiaire des garanties.

Lorsqu'ils ne sont pas consécutifs à un état antérieur connu ou inconnu du bénéficiaire des garanties, demeurent toutefois couverts les ruptures tendineuses survenues à l'occasion des activités sportives, ainsi que les malaises cardiaques ou vasculaires cérébraux survenus au cours de cette activité ou pendant la phase de récupération.

## Options Complémentaire Individuelle Accident

Si vous le souhaitez, vous pouvez souscrire une garantie complémentaire Individuelle accident, qui viendra compléter les garanties d'assurance de base et vous permettra de bénéficier de capitaux plus élevés et de prestations supplémentaires.

Si cette option complémentaire individuelle accident offre des niveaux de garanties supérieurs aux garanties de base, elle ne permet pas, dans tous les cas, d'obtenir réparation intégrale du préjudice. Le licencié est invité à se rapprocher de son conseil en assurances qui pourra lui proposer des garanties adaptées à sa situation personnelle.

1 - Cette garantie est facultative et le licencié peut y renoncer (voir encadré au verso du présent document).

### MAIF

Société d'assurance mutuelle  
à cotisations variables  
Entreprise régie par le Code des assurances  
CS 90000 - 79038 Niort cedex 9



**Que vous souscriviez ou non une garantie complémentaire, vous devez remettre le bordereau détachable complété à votre responsable de club lors de la prise de la licence fédérale.**

**SI VOUS SOUHAITEZ SOUSCRIRE UNE GARANTIE COMPLÉMENTAIRE**

La cotisation complémentaire d'assurance, qui devra être intégrée au règlement global de votre cotisation club, s'élève à 9,27 € TTC pour la saison 2023/2024 (quelle que soit la date de souscription).

| PLAFONDS DES GARANTIES                                                                                                                                                              | GARANTIES DE BASE                                                       | OPTION COMPLEMENTAIRE                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>CAPITAL DECES :</b>                                                                                                                                                              |                                                                         |                                                        |
| Licenciés                                                                                                                                                                           | 10 000 €                                                                | 30 000 € <b>(2)</b>                                    |
| Dirigeants                                                                                                                                                                          | 20 000 €                                                                |                                                        |
| <b>CAPITAL INVALIDITE :</b><br>L'indemnité est calculée en multipliant le taux d'invalidité (IPP), déterminé lors de la consolidation de l'assuré, par le capital défini ci-dessous |                                                                         |                                                        |
| IPP <30%                                                                                                                                                                            | 20.000 €                                                                | 20 000 €                                               |
| 30%<= IPP <66%                                                                                                                                                                      | 50.000 €                                                                | 50 000 €                                               |
| 66%<= IPP <=100%                                                                                                                                                                    | 90.000 € (versé à 100% si tierce personne)                              | 100.000 € (versé à 100% si tierce personne) <b>(2)</b> |
| <b>FRAIS DE TRAITEMENT <b>(1)</b></b>                                                                                                                                               | 3 000 €                                                                 |                                                        |
| - dont frais de lunetterie                                                                                                                                                          | 300 € par accident                                                      |                                                        |
| - dont soins dentaires                                                                                                                                                              | 300 € par dent                                                          |                                                        |
| - dont frais de rattrapage scolaire, exposés après 15 jours consécutifs d'interruption de la scolarité                                                                              | 16€ par jour dans la limite de 310 €                                    |                                                        |
| <b>Frais de reconversion professionnelle</b>                                                                                                                                        | 4 580 €                                                                 |                                                        |
| <b>Frais de recherche et de sauvetage de vies humaines</b>                                                                                                                          | à concurrence des frais engagés et dans la limite de 7700 € par victime |                                                        |

**(1) Frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, et de transport des blessés**

**(2) Ces montants SE SUBSTITUENT aux montants de la garantie de base, moyennant le règlement d'une prime complémentaire.**

**IMPORTANT :** En cas de sinistre collectif, l'engagement de la MAIF est limité à 5 000 000 € par événement quel que soit le nombre de victimes (les indemnités dues pour chacune d'entre elles seront réduites proportionnellement). L'ensemble des sinistres ayant la même origine et survenus durant la même période continue de 72 heures (48 heures en cas de terrorisme sur le territoire français) constitue un seul événement.

#### BONUS SANTE

Au-delà des prestations de base ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « **BONUS SANTE** » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 2000 €.

Ce Bonus Santé est 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 pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :

- dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux,
- prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,
- soins dentaires et optiques,
- en cas d'hospitalisation : la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) /// si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet,
- frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles,
- et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.

| Garanties de base                                                                                                                                                                     | Plafonds                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>CAPITAL DECES :</b>                                                                                                                                                                | 30 000 €                                                                |
| <b>CAPITAL INVALIDITE :</b><br>L'indemnité est calculée en multipliant le taux d'invalidité (IPP), déterminé lors de la consolidation de l'assuré, par le capital défini ci-dessous : |                                                                         |
| IPP <30%                                                                                                                                                                              | 20.000 €                                                                |
| 30%<= IPP <66%                                                                                                                                                                        | 50.000 €                                                                |
| 66%<= IPP <=100%                                                                                                                                                                      | 100.000 € (versé à 100% si tierce personne)                             |
| <b>FRAIS DE TRAITEMENT (1)</b>                                                                                                                                                        | 3 000 €                                                                 |
| - dont frais de lunetterie                                                                                                                                                            | 300 € par accident                                                      |
| - dont soins dentaires                                                                                                                                                                | 300 € par dent                                                          |
| - dont frais de rattrapage scolaire, exposés après 15 jours consécutifs d'interruption de la scolarité                                                                                | 2 h/jour d'absence scolaire dans la limite de 7 500 € + orientation     |
| <b>Remboursement des pertes justifiées de revenus</b> des personnes actives pour la période d'incapacité de travail résultant de l'accident                                           | à concurrence de 30€/jour et dans la limite de 6000 € par victime       |
| <b>Frais de reconversion professionnelle</b>                                                                                                                                          | 4 580 €                                                                 |
| <b>Frais de recherche et de sauvetage de vies humaines</b>                                                                                                                            | à concurrence des frais engagés et dans la limite de 7700 € par victime |

**(1) Frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, et de transport des blessés**

**IMPORTANT :** En cas de sinistre collectif, l'engagement de la MAIF est limité à 5 000 000 € par événement quel que soit le nombre de victimes (les indemnités dues pour chacune d'entre elles seront réduites proportionnellement). L'ensemble des sinistres ayant la même origine et survenus durant la même période continue de 72 heures (48 heures en cas de terrorisme sur le territoire français) constitue un seul événement.

**RENONCIATION DU LICENCIÉ À L'ASSURANCE INDEMNISATION DES DOMMAGES CORPORELS DE BASE**

Lecoût de l'assurance individuelle accident debase de la licenceest de 0.83 € TTC pourlalicence annuelle etde0.28 € TTCpour les pass handisport et ATP. Ce montant est compris dans le prix de la licence fédérale. Conformément à la loi, cette garantie est facultative et le licencié peut refuser d'y souscrire. En cas de renonciation à l'assurance, le licencié ne bénéficiera d'AUCUNE indemnité au titre des dommages corporels dont il pourrait être victime à l'occasion des activités mises en place par la FFH ses comités et ses clubs affiliés.

3 839 282 P

**Bordereau à remettre au responsable du club**

Je soussigné(e) (nom, prénom)..... Date de naissance .....  
Adresse.....

a tteste avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance ainsi que de la possibilité de souscrire une garantie complémentaire.

Je souhaite souscrire la garantie complémentaire qui complètera, en cas d'accident corporel la garantie de base de la licence.

J'intègre la cotisation complémentaire de **9,27 € TTC** pour la saison 2023/2024 au règlement de ma cotisation club.

J'ai bien noté que la garantie complémentaire est acquise à compter de la date de souscription jusqu'à la fin de période de validité de ma licence.

Je ne souhaite pas souscrire cette garantie.

Les données à caractère personnel recueillies par ce document sont obligatoires pour permettre à MAIF la prise en compte et le suivi de votre demande. Elles font l'objet de traitements ayant pour finalités la réalisation des opérations précontractuelles, la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats. Au titre de l'intérêt légitime, vos données à caractère personnel, celles relatives aux opérations de présouscription, à la gestion des sinistres et des contrats peuvent faire l'objet de traitements pour le suivi et l'amélioration de la relation commerciale, la réalisation de statistiques par MAIF et ses filiales, et également faire l'objet de traitements dans le cadre des dispositions législatives ou réglementaires, notamment en matière de lutte contre le blanchiment d'argent, le financement du terrorisme et la fraude. La lutte contre la fraude à l'assurance peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression de vos données à caractère personnel, ainsi que de la possibilité de définir les directives particulières relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ces données après décès. Vous pouvez exercer ces droits à tout moment auprès du responsable de la protection des données personnelles, MAIF, CS 90000, 79038 Niort cedex 9 ou vosdonnees@maif.fr. Les données sont conservées conformément à la durée nécessaire aux finalités mentionnées et pour les durées de prescriptions éventuellement applicables. Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte des circonstances du risque connues de l'assuré, entraîne, selon le cas les sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.

Fait à ..... Le .....  
Signature .....  
(pour les mineurs, signature des parents ou du représentant légal)