

# DEMANDE DE LICENCE "GUYENNE HANDINAGES" SAISON 201- /20&\$

PREMIERE DEMANDE ou  RENOUELEMENT

si OUI, préciser le N° de licence de la saison passée

les 6 chiffres :

MME  MLLE  M NOM : .....

PRENOM : .....

Date de naissance : ..... Nationalité :  Française  Etrangère

Adresse : .....

Code Postal : ..... VILLE : .....

Téléphone : Domicile : ..... Portable : .....

E-mail : ..... (Indispensable)

N° de SECU :

## NATURE DU HANDICAP :

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Handicaps orthopédiques :</b>              | <input type="checkbox"/> <b>Handicaps neurologiques d'origine périphérique :</b> | <input type="checkbox"/> <b>Hémiplégiques</b>         |
| <input type="checkbox"/> Amputations MS                                | <input type="checkbox"/> Poliomyélite  | <input type="checkbox"/> <b>IMC</b>                   |
| <input type="checkbox"/> Amputations MI                                | <input type="checkbox"/> Polyradiculonévrites                                    | <input type="checkbox"/> <b>Handicaps visuels :</b>   |
| <input type="checkbox"/> Agénésies MS                                  | <input type="checkbox"/> Atteinte des nerfs rachidiens                           | <input type="checkbox"/> Amblyope                     |
| <input type="checkbox"/> Agénésies MI                                  | <input type="checkbox"/> Paralysies plexiques                                    | <input type="checkbox"/> Non-voyant                   |
| <input type="checkbox"/> Raideurs articulaires                         | <input type="checkbox"/> Paralysies tronculaires                                 | <input type="checkbox"/> <b>Handicaps auditifs</b>    |
| <input type="checkbox"/> Fragilités osseuses                           | <input type="checkbox"/> Polynévrites  | <input type="checkbox"/> <b>Valide</b>                |
| <input type="checkbox"/> Personne de petite taille                     | <input type="checkbox"/> <b>Handicaps neurologiques évolutifs :</b>              | <input type="checkbox"/> <b>Autres (à préciser) :</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Paraplégiques et tétraplégiques :</b>      | <input type="checkbox"/> Myopathies ou Dystrophies musculaires                   |   |
| <input type="checkbox"/> Avec ou sans modification du tonus musculaire | <input type="checkbox"/> Amyotrophies spinales                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Avec ou sans troubles sensitifs               | <input type="checkbox"/> Hérédo dégénérescences spino-cérébelleuses              |   |
| <input type="checkbox"/> Spina Bifida paralytiques                     | <input type="checkbox"/> Atteintes neurologiques d'origine immunitaire (SEP)     |   |

## ASSURANCE

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ déclare avoir :

*Nom et Prénom du demandeur ou du représentant légal*

- Reçu et pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence Fédération Française Handisport et de leur coût,
- Reçu et pris connaissance du bulletin d'adhésion «SPORTMUT» 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" comprise dans ma licence FF 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 : 1,28 € 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 Mutuelle des sportifs 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.

**A :**

**le :**

**Signature :**

## TYPE DE LICENCE

<b>COMPETITION</b> PLUS DE 20 ANS Né avant Le 01/01/99	<b>NATATION</b> La saison : septembre à juin	- Sans musculation	<b>200 €</b>	<input type="checkbox"/>
		- Avec musculation	<b>250 €</b>	<input type="checkbox"/>
<b>COMPETITION</b> MOINS DE 20 ANS Né le et après le 01/01/99	(Musculation obligatoire pour les qualifiés aux N1 et N2)	- Sans musculation	<b>1) \$ €</b>	<input type="checkbox"/>
		- Avec musculation	<b>190 €</b>	<input type="checkbox"/>
<b>LOISIR</b>	<b>NATATION</b> Avec fort besoin d'accompagnement	Novembre à mai	<b>130 €</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>NATATION</b> Avec accompagnement en petit groupe	Septembre à juin	<b>1+\$ €</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>NATATION</b> Personnes autonomes / Ecole de natation	Septembre à juin	<b>1* 0 €</b>	<input type="checkbox"/>
	<b>MUSCULATION</b> En salle de remise en forme	Septembre à juin	<b>200 €</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Cours particuliers</b> <i>Avec Pass'Sport* Handisport obligatoire</i>		<b>1/2 heure : 25€</b>		<input type="checkbox"/>
		<b>1 heure : 40€</b>		<input type="checkbox"/>

\* Pass'Sport 3 jours consécutifs : 3€ - Pass'Sport 10 jours consécutifs : 5€ - Pass'Sport Année : 27€  
Les cours particuliers sont dispensés selon un programme individuel établi avec les entraîneurs, durant les vacances scolaires pendant les créneaux habituels du club. Le Pass'Sport est une « licence » handisport spécifique réservé aux activités ponctuelles à ajouter au tarif des cours

### **LE CERTIFICAT MEDICAL (obligatoire sauf pour les cadres non pratiquant)**

Certificat médical de non contre-indication  
datant de moins d'un an

Date : .....

Déficients visuels : date de certificat de non  
contre-indication ophtalmologique

Date : .....

Nom du Médecin : .....

Nom du Médecin : .....

J'atteste avoir remis à mon association le certificat médical datant de moins d'un an et attestant l'absence de contre-indication à la pratique de la discipline sportive pour laquelle la licence est sollicitée.

### **SIGNATURE DU LICENCIÉ:**

(ou du représentant légal pour les mineurs)

### **AUCUNE DEMANDE DE LICENCE NE SERA PRISE EN COMPTE :**

- Si le **Certificat Médical** de non contre indication à la pratique du sport compétition **datant de moins d'un an** n'est pas joint à la demande.
- Si le règlement à l'**ordre de GUYENNE HANDINAGES** n'est pas joint à la demande.

### **TOUTE DEMANDE DEVRA IMPERATIVEMENT ETRE ENVOYEE A :**

Adeline De Luca – 5 rue Jacques Camille Paris - appt n°2 – 33000 BORDEAUX

(Tél. : 06 73 84 12 75 / Mail : [de-luca.adeline@orange.fr](mailto:de-luca.adeline@orange.fr) )

Ou remise au responsable de l'activité sportive.