

DOSSIER DE LICENCE

FOOTBALL AMERICAIN

1. REMPLIR LES DOCUMENTS DU DOSSIER

- Le bulletin d'adhésion
- Le document fédéral
- Le QS-Sport
- La fiche matériel si location d'équipements
- Le bon de commande si achat de merchandising

2. FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- 1 photo d'identité
- 1 photocopie de la pièce d'identité recto verso ou passeport

3. REGLER VOTRE ADHESION

- Paiement correspondant au montant de la licence, (éventuellement complété par le montant de la location du matériel et de l'achat de merchandising.)***
 - Par virement bancaire :
USF FOOTBALL AMERICAIN IBAN FR76 1010 7002 2200 8218 8763 794
 - Par chèque libellé à l'ordre de : **USF FOOTBALL AMERICAIN**
(nom et prénom du futur(e) licencié(e) au dos du chèque.)
 - Espèces
 - Ancv, Bons Sport, chèques vacances



Pour les personnes de nationalité étrangère et/ou pour les demandes de surclassement, veuillez, également, vous procurer le dossier annexe « Surclassement et/ou JAF » et fournir les pièces complémentaires.



Une fois la cotisation donnée et la licence effectuée, aucun remboursement ne pourra être demandé



BULLETIN D'ADHESION SAISON 2024-2025

FOOTBALL AMERICAIN FLAG ECOLE DE FLAG

INFORMATIONS LICENCIE(E)

Les informations ci-dessous restent confidentielles et ne sont destinées qu'à l'usage interne du club.

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Nationalité :

Joueur Formé en France : OUI NON

Joueur Assimilé Français : OUI NON

Téléphone fixe :

Téléphone portable Père :

Adresse mail (Valide et consultée régulièrement) :

Téléphone portable Mère :

Identifiant Facebook (Utilisé seulement pour insertion dans les groupes de sections) :

Nombre d'année d'expérience :

Poste(s) occupé(s) :

Club(s) precedent(s) :

Désire adhérer à l'association USF Football américain. Je m'engage à payer ma cotisation annuelle correspondant à ma catégorie, déclare avoir pris connaissance du Règlement Intérieur et de la charte sportive de la section football américain consultable sur le site internet www.meteores.fr et m'engage à les respecter.

Signature de l'adhérent [1] :

Fait à : _____	Le _____ / _____ / _____
Signature [1] :	
[1] : du responsable légal pour les mineurs.	

Cachet de l'Association :

Visa du CLUB
(date, tampon, signature)

[1] : faire précéder la signature de la mention « Lu et approuvé »

INFORMATIONS RESPONSABLE LEGAL (ADHERENT MINEUR)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse mail :

Acceptez-vous de recevoir des informations du club via votre boîte mail : OUI NON



PROFESSION DES PARENTS

PERE :

MERE :

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS :

Je soussigné(e), Monsieur et/ou Madame^[2] :

Autorise ma fille ou mon fils^[2] : *(Nom et prénom)* à pratiquer :

Le Football américain

Le Flag

Ecole de Flag

Autorise ma fille ou mon fils^[2] à participer aux déplacements organisés dans le cadre des entraînements et/ou compétitions (en car ou véhicule d'un tiers) : OUI NON
pour la saison 2023-2024 au sein de l'USF section Football Américain.

J'autorise le responsable de la section et les dirigeants à prendre toutes dispositions nécessaires à sa sécurité ainsi que toutes mesures d'urgence médicale ou chirurgicale qui s'imposent en cas d'accident.

Numéro de téléphone de la (ou les) personne(s) à contacter :

Fait à :

le :

Signature :

[2] : Rayer les mentions inutiles

[3] Joindre un justificatif (copie)



DEMANDE DE LICENCE FFFA

PHOTO

SAISON 2024/2025

Club :

INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent) :

Prénom :

Sexe : M F

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Courriel :

Date de naissance :

Commune de naissance :

Département :

Pays de naissance :

Nationalité :

LICENCE

A remplir en cas de renouvellement									Signature du demandeur (ou de son représentant légal s'il est mineur)		
Numéro de licence :											
CHOIX DE LA LICENCE											
FOOTBALL AMERICAIN			FLAG FOOTBALL			CHEERLEADING			<p>En signant ce document, le demandeur reconnaît avoir été explicitement informé de son devoir de souscrire à une assurance avant de pratiquer la discipline choisie. De plus, il reconnaît avoir reçu une notice établie par un assureur lui précisant l'étendue de la souscription à l'assurance de personne couvrant les dommages corporels, ainsi qu'un formulaire de souscription lui offrant plusieurs formules de garanties dont les modalités sont également indiquées. Si le licencié ne souhaite pas souscrire à l'assurance proposée par la Fédération, il doit cocher la case suivante et faire parvenir à son club et à la Fédération, une attestation d'individu(e) accidenté(e) couvrant sa pratique sportive. <input type="checkbox"/></p> <p>Licencié adulte (en cas de renouvellement d'une licence avec un certificat médical de moins de 3 ans toujours valide) : Je soussigné M/Mme _____ atteste avoir renseigné le questionnaire de santé le QUESTIONNAIRE SANTE SPORT et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. Date et signature du demandeur :</p> <p>Licencié mineur (en cas de première licence ou du renouvellement d'une licence) : Je soussigné M/Mme _____ en ma qualité de représentant légal du demandeur atteste avoir renseigné le QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENEUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FEDERATION SPORTIVE et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques. Date et signature du représentant légal :</p> <p>Visa du club (date / tampon / signature) :</p>		
Catégorie	Crise à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Crise à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Crise à cocher	Tarif fédéral			
Loisir U12		14,3	Loisir U7		18,6	Loisir Tiny		14,5			
Compétition U12		24,2	Loisir U9		18,6	Loisir Minime		14,5			
Loisir U14		14,3	Compétition U9		18,6	Compétition Minime		19,9			
Compétition U14		24,2	Loisir U11		18,6	Minime surclassé Cadet		19,9			
U14 surclassé U17		60,2	Compétition U11		18,6	Loisir Cadet		19,8			
Loisir U17		14,3	Loisir U13		18,6	Compétition Cadet		19,9			
Compétition U17		60,2	Compétition U13		18,6	Cadet surclassé Junior		19,9			
U17 surclassé U20		60,9	Loisir U15		18,6	Loisir Junior		19,8			
Loisir U20		35,1	Compétition U15		18,6	Compétition Junior		19,9			
Compétition U20		60,9	U15 surclassé U17		34,5	Junior surclassé en Senior		33,1			
U20 surclassé Senior		67,6	Loisir U17		18,6	Loisir senior		19,8			
Loisir Senior		35,1	Compétition U17		34,5	Compétition senior		33,1			
Compétition Senior		67,6	U17 surclassé Senior		34,5	Entraîneur		20,5			
Issu d'un championnat majeur		407,1	Loisir Senior		18,6	Dirigeant		20,5			
Entraîneur		20,5	Compétition Senior		34,5	Juge		31,1			
Dirigeant		20,5	Entraîneur		20,5	Bénévole		6,9			
Arbitre		31,1	Dirigeant		20,5						
Bénévole		6,9	Arbitre		31,1						
			Bénévole		6,9						
Total FA : €			Total Flag : €			Total Cheer : €			TOTAL REVERSE A LA FEDERATION : €		

CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE EN COMPETITION OU EN LOISIR

MAJEUR : à ne fournir qu'en cas de première licence, ou si le majeur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire de santé sport, ou si le dernier certificat médical pour la pratique de la discipline concernée date de plus de 3 ans.
MINEUR : à ne fournir que si le mineur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive.

Je soussigné(e), Docteur

certifie avoir examiné le demandeur de la présente licence, et n'ayant pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du :

FOOTBALL AMERICAIN	<input type="checkbox"/>	en tant que :	Joueur : <input type="checkbox"/>
			Arbitre : <input type="checkbox"/>
FLAG	<input type="checkbox"/>	en tant que :	Joueur : <input type="checkbox"/>
			Arbitre : <input type="checkbox"/>
CHEERLEADING	<input type="checkbox"/>	en tant que :	Joueur : <input type="checkbox"/>

Signature et cachet du médecin :
A _____, le _____

DEMANDE DE SURCLASSEMENT DU MEDECIN DU SPORT

Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médico-sportive), un médecin diplômé peut l'autoriser à pratiquer la discipline en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure, en respect du règlement médical de la FFFA.

Le médecin généraliste pour les simples surclassements ou le diplômé de traumatologie du sport, titulaire de la capacité de médecine du sport ou titulaire du Certificat d'Enseignement Spécialisé pour les doubles surclassements, certifié après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur, qui le demandeur de la présente licence est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure de la discipline en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel.

Signature et cachet du médecin :
A _____, le _____

Les signataires de la présente demande de licence certifiant l'exactitude de tous les renseignements portés. Ils s'engagent, en outre, à respecter les Statuts et Règlements de la FFFA, la réglementation applicable au dopage et à subir en conséquence tous les examens et prélèvements. La communication de ces informations est la préalable obligatoire à l'obtention d'une licence fédérale. Le défaut total ou partiel, de réponse, entraînera l'annulation de la demande. Conformément à la loi "Informatique et Liberté" No 79-17, du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la FFFA "administration@ffa.org".

Je souhaite recevoir la newsletter FFFA pour être au courant de toute actualité fédérale
 J'accepte de recevoir des offres commerciales pour des produits ou services liés à ma pratique sportive, de la part de la FFFA ou de ses partenaires
 J'autorise la FFFA à utiliser mon image, uniquement dans le cadre de ses activités et sans but lucratif

OUI NON
 OUI NON
 OUI NON

Personnes majeures uniquement



Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

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 inexplicable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, 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.

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE 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 : ans	
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)		
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		
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		
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.



FICHE EQUIPEMENT

(Uniquement pour le football américain)

SENIOR U20 U17 U14

Nom : Prénom :

Numéro d'épaulière : Numéro de casque :

Marque d'épaulière : Marque casque :

Le club des Météores de Fontenay-sous-Bois prête l'équipement (Casque et épaulière) dans la limite de ses stocks contre la remise de deux chèques de caution de 400 € et 15 € chacun à l'ordre de : **USF FOOTBALL AMERICAIN**.

Cet équipement demeure la propriété du club tout au long de la saison, le club peut en exiger la restitution à tout moment, en cas de non restitution, le club est en droit d'encaisser le(s) chèque(s) de caution.

L'équipement contribue à la protection du joueur, celui-ci est donc en charge de **son entretien**, notamment en termes de propreté : le casque doit être régulièrement lavé (à l'eau claire et au savon, pas de dissolvants, pas d'éponges récurantes). Lorsque des pièces sont à changer, prévoir de venir suffisamment à l'avance avant l'entraînement afin d'effectuer les réparations. **Après chaque entraînement ou Match, vérifier le serrage de toutes les vis du casque.**

Aucun autocollant figurant sur le casque ne devra être enlevé d'aucune manière que ce soit. Tout contrevenant pourra voir sa caution ou partie de sa caution encaissée à titre de dommage. Aucun autocollant, autres que ceux éventuellement distribués par les entraîneurs, ne devra être apposé sur le casque.

Toute dégradation du matériel, autre que l'usure normale associée à la pratique du football américain, constatée à la remise de l'équipement entraînera l'encaissement d'un ou des chèques de caution.

L'équipement (épaulière, casque) devra être **rendu au plus tard le 30 juin 2025**. **Au-delà de cette date, les chèques seront encaissés par le club sans préavis.**

Nom et Prénom (du responsable légal pour les mineurs) :

Le : / /

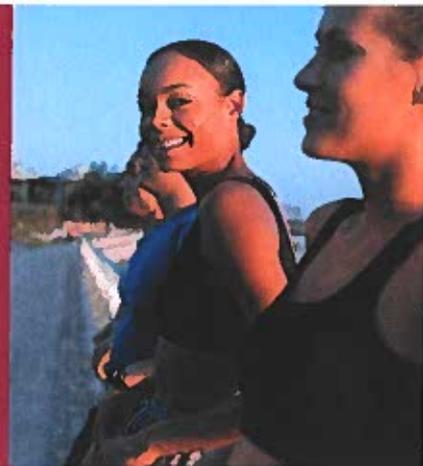
Signature : (Précédé de la mention : « lu et approuvé »)

Matériel rendu le :



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 DECES	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.

Fait à le / / 20

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

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.

