



**Cotisation au club et licence fédérale
Saison 2009-2010**

Nom et prénom de l'adhérent :

Noms et prénoms d'autres adhérents de la même famille :

À propos de vos coordonnées :

Il est utile, pour faciliter la communication au sein du club, que les autres adhérents aient connaissance de votre adresse électronique, voire de votre numéro de téléphone. Toutefois, il vous est loisible de vous opposer à cette communication. Merci de choisir l'une des options suivantes :

- Je suis d'accord pour que mon numéro de téléphone et mon email soient communiqués aux autres adhérents du club.
- Je ne souhaite pas que mon numéro de téléphone et mon email soient communiqués aux autres adhérents du club.

1) Adhésion au club (31 euros par personne)

31 x ... = €

2) Licence fédérale

Variable en fonction de l'année de naissance du licencié

2002 et 2003 : 24 € ; 1999 à 2001 : 27,75 € ; 1995 à 1998 : 29,40 € ; avant 1994 : 32,70 €. €
..... €
..... €
..... €

3) Réduction familiale

Une réduction de 18,60 € (*) s'applique à partir du 2ème licencié d'une même famille.

(*) 50% de la cotisation + 3,10 € sur la licence.

- 18,60 x ... = - €

Total, déduction faite des éventuelles réductions

..... €

Règlement par chèque, dans la mesure du possible

Date et signature
(parents pour les mineurs)

À propos de la tenue de gouren

La roched, chemise de toile épaisse, est indispensable. Une roched d'occasion sera prêtée à la rentrée, l'achat définitif pouvant ainsi être différé (prix indicatif : 35 à 45 euros selon la taille).

Le bragoù, pantalon de toile court, est facultatif en entraînement, mais obligatoire en compétition.

Note d'information

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elle font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat de l'association.



Fédération de Gouren

Comité National de Gouren de la F.F.L.

ZA Saint Ermei 29800 LANDERNEAU - 02 98 85 40 48 (tel et fax) - federation@gouren.com

SKOL GOUREN

ORVEZ

NOM :

Prénom :

date de naissance :

sexe M F

adresse :

.....

Téléphone :

Mobile :

Courriel :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) _____

représentant légal de _____

lien de parenté _____ l'autorise

*** à participer aux activités du Skol Gouren**

durant la saison _____, et notamment à participer aux entraînements, démonstrations, tournois, rencontres amicales, compétitions individuelles ou par équipes ...

et autorise le skol en cas d'urgence

*** à faire pratiquer sur lui (elle) toute intervention médicale jugée nécessaire.**

Fait à _____ le _____

Signature des parents

A SIGNER PAR TOUS (parents pour les mineurs)

*** J'atteste avoir reçu une information précisant le montant des garanties d'assurance associées à la licence Gouren et avoir été informé(e) des possibilités de souscription de garanties complémentaires.**

Je suis souscrits à l'une des formules de garanties complémentaires

Je ne suis souscrits à aucune des formules de garanties complémentaires

*** J'autorise le skol ou la Fédération de Gouren à utiliser à des fins promotionnelles les images susceptibles d'être prises lors des activités :**

oui

non

*** Je suis informé que mon nom apparaîtra le cas échéant dans les résultats de compétitions publiés.**

*** J'autorise le skol en cas d'urgence à faire pratiquer sur moi toute intervention médicale jugée nécessaire.**

Fait à _____ le _____

Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"

Personne à prévenir en cas d'accident :

Téléphone : mobile :



Fédération de Gouren

Comité National de Gouren de la F.F.L.

ZA Saint Ermei 29800 LANDERNEAU - 02 98 85 40 48 (tel et fax) - federation@gouren.com

SKOL GOUREN

ORVEZ

CERTIFICAT MEDICAL

Le soussigné, Docteur _____

certifie que - Monsieur - Mademoiselle - Madame _____

né(e) le _____ demeurant à _____

ne présente pas de contre indication à la pratique des sports et du Gouren en particulier

*** à l'entraînement**

*** en compétition**

Fait à _____ le _____

Signature et cachet



DEMANDE D'ADHESION

(l'adhérent est toujours l'assuré)

Assuré : M. Mme Melle

Nom : _____ Nom de Jeune Fille : _____

Prénoms : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : _____

Profession (nature exacte) : _____ Téléphone : _____

Association sportive par laquelle ou au titre de laquelle le régime de base a été souscrit : _____

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat "SPORTMUT" ayant pour objet de proposer des garanties complémentaires en cas de dommage corporel suite à un accident de sport survenu pendant la pratique de la lutte en sus du régime de prévoyance de base dont je suis déjà bénéficiaire auprès de la Mutuelle des Sportifs (M.D.S.).

J'ai décidé d'adhérer à SPORTMUT
 de ne pas y adhérer

Date limite de l'adhésion : 65^{ème} anniversaire

Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré :

mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon concubin notoire, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.

Autres dispositions : _____

FORMULE DE GARANTIES CHOISIE					COTISATION ANNUELLE € TTC
Formule A :	A 1 <input type="checkbox"/>	A 2 <input type="checkbox"/>	A 3 <input type="checkbox"/>	A 4 <input type="checkbox"/>	(correspondant au choix retenu)
Formule B :	B 1 <input type="checkbox"/>	B 2 <input type="checkbox"/>	B 3 <input type="checkbox"/>	B 4 <input type="checkbox"/>	
Formule C :	C 1 <input type="checkbox"/>	C 2 <input type="checkbox"/>	C 3 <input type="checkbox"/>	C 4 <input type="checkbox"/>	
Formule D :	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>	
Formule E :	E 1 <input type="checkbox"/>	E 2 <input type="checkbox"/>	E 3 <input type="checkbox"/>	E 4 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autres choix : _____					_____ €
					Sera déterminée après consultation de la M.D.S.

Je certifie sur l'honneur ne pas être atteint(e) d'une infirmité ou d'un handicap. Au cas contraire prendre contact avec la M.D.S.

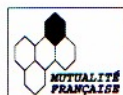
Je suis informé(e) que la loi du 6 janvier 1978 "Informatique et Liberté" me donne le droit de demander communication et rectification de toutes informations me concernant qui figureraient sur tout fichier de la Fédération ou de la M.D.S. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la M.D.S. indiquée ci-dessous.

Fait à _____, le _____

Signature de l'adhérent*

Cachet de la Fédération ou du Groupement affilié

* faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé"



SPORTMUT

Contrat collectif complémentaire de prévoyance
au bénéfice des licenciés de la Fédération Française de Lutte

NOTICE D'INFORMATION

En adhérant à SPORTMUT vous pouvez bénéficier de garanties complémentaires en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique de la lutte.

UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :

Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'invalidité égale à 100%. Ce capital est réduit lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 100%. **Aucun capital n'est versé pour un taux d'invalidité inférieur ou égal à 5%.**

DES INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE :

Garantie ne pouvant être souscrite que si vous exercez une activité professionnelle rémunérée régulière.

Les indemnités vous sont versées mensuellement à terme échu, dans la limite de la perte de revenus réelle et du montant de garantie souscrit (sous déduction des indemnités versées par le(s) régime(s) de prévoyance et de celles attribuées au titre de la loi sur la mensualisation et de la convention collective applicable), après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise. **La période de franchise n'est pas indemnisée.** La durée d'indemnisation est de 365 ou de 1095 jours selon votre choix.

Quelle que soit la durée d'indemnisation choisie, l'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de votre état de santé.

Vous ne pouvez choisir un montant de garantie qui vous ferait bénéficier en arrêt de travail de ressources supérieures à celles dont vous disposez en période d'activité.

Un justificatif de revenus est exigé.

UN CAPITAL DECES : qui sera versé au bénéficiaire désigné.

FORMULES ENFANT :

Seules les formules marquées d'un astérisque (*) dans le tableau figurant ci-dessous peuvent être souscrites pour les mineurs de moins de 12 ans.

Pour les mineurs âgés de 12 à 18 ans, le bulletin devra être revêtu de la signature de ceux-ci, et de celle des parents ou des représentants légaux.

FORMULE + 65 ANS :

Seule la formule marquée de deux astérisques (**) dans le tableau figurant ci-dessous peut être souscrite par les personnes âgées de plus de 65 ans.

MODALITES D'ADHESION

Des formules de garanties pré-tarifées vous sont proposées ci-dessous.

Si l'une de ces formules vous convient, vous pouvez remplir la demande d'adhésion et l'adresser à la M.D.S. accompagnée de votre règlement (*). A réception la M.D.S. vous adressera un certificat d'adhésion accompagné des conditions générales du contrat SPORTMUT. Vous disposerez alors d'un délai de 40 jours pendant lequel vous pourrez renoncer à votre adhésion. Passé ce délai votre adhésion deviendra définitive.

Si ces formules ne sont pas adaptées à vos souhaits, vous pouvez en choisir d'autres : il vous suffit de contacter la M.D.S.

(*) Les garanties prennent effet le lendemain de l'envoi à la M.D.S. de la demande d'adhésion accompagnée du règlement de l'option choisie.

	Capital Décès	Capital Invalidité (100 % IPP)	Indemnités Journalières	Cotisation Globale Annuelle T.T.C.	
FORMULES	A 1*		30 489,80 €		6,30 €
	A 2**	15 244,90 €	30 489,80 €		7,70 €
	A 3	15 244,90 €		7,62 €/Jour	17,70 €
	A 4	15 244,90 €	30 489,80 €	7,62 €/Jour	20,60 €
	B 1*		60 979,61 €		9,30 €
	B 2	30 489,80 €	60 979,61 €		12,00 €
	B 3	30 489,80 €		15,24 €/Jour	32,00 €
	B 4	30 489,80 €	60 979,61 €	15,24 €/Jour	38,00 €
	C 1*		91 469,41 €		12,20 €
	C 2	45 734,71 €	91 469,41 €		16,40 €
	C 3	45 734,71 €		22,87 €/Jour	46,40 €
	C 4	45 734,71 €	91 469,41 €	22,87 €/Jour	55,20 €
	D 1*		121 959,21 €		15,20 €
	D 2	60 979,61 €	121 959,21 €		20,70 €
	D 3	60 979,61 €		30,49 €/Jour	60,70 €
	D 4	60 979,61 €	121 959,21 €	30,49 €/Jour	72,50 €
E 1*		152 449,02 €		18,20 €	
E 2	76 224,51 €	152 449,02 €		25,00 €	
E 3	76 224,51 €		38,11 €/Jour	75,00 €	
E 4	76 224,51 €	152 449,02 €	38,11 €/Jour	89,80 €	

Dans toutes ces formules, les indemnités journalières sont versées à compter du 31^{ème} jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4^{ème} jour en cas d'hospitalisation et ce, jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours.

Ces cotisations tiennent compte des taxes en vigueur.

(*) Options réservées aux mineurs âgés de moins de 12 ans.

(**) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 65 ans.

Le non renouvellement de la cotisation par l'assuré met fin de plein droit à l'adhésion 40 jours après le terme principal de la dernière échéance.

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité.