



Les Diabes Bleus de Pont de Claix

2011 : Champions de France Flag -18 ans
2015 : Champions RHA Seniors, Champions RHA U19
2016 : Champions RHA U16

TARIF 2024-2025

TARIFICATION DES LICENCES :

FLAG :

- Filles ou garçons -16 ans (à partir de 4 ans) : 60€. Pour les Pontois ou Pontoise 20€
- Filles ou garçons +16 ans : 80€

FOOT US :

- U10 Ecole de foot US (né(e) avant 2015) : 60€
- U12 Benjamins (né(e) en 2014 et 2013) : 60€
- U14 Minimes (né(e) en 2012 et 2011) : 70€
- U17 Cadets (né(e) en 2010 et 2008) : 90€
- U20 Juniors (né(e) en 2007, 2006 et 2005) : 100€
- Seniors (né(e) avant 2004) : 200€
- Féminines : 100€

Pour toutes les catégories FOOT US prêt de matériel gratuit (casque, épaulière et pantalon pads) contre un chèque de caution de 250€ à l'ordre des Diabes Bleus.

Possibilité d'acheter au club : protège dent (5€) et maillot d'entraînement (20€)

DIRIGEANTS, BENEVOLES, AUTRES :

- Filles ou garçons -18 ans : 10€
- Filles ou garçons +18 ans : 15€

TARIFICATION DES PACKS CLUB :

Merchandising et Textile (voir les visuels en pièce jointe). Prise des commandes avant le 10 septembre.

Modalité de règlement de la licence (possibilité de paiement en 4 fois)

- Par chèque à l'ordre des Diabes Bleus
- Par carte bleue lors des permanences du bureau (lundi et jeudi 18h à 20h) ou pendant les entraînements.
- Par virement RIB N°FR76 1680 7001 8032 6553 9021 907 CCBPFRPPGRE

Pièces à joindre pour la licence :

- Le formulaire de licence rempli et signé.
- Le certificat médical à remplir par le médecin sur le formulaire de licence.
- Le formulaire SMACL (En cas d'adhésion) rempli.
- Une photo d'identité
- Une photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité.
- La fiche de renseignement remplie.

Vous avez la possibilité de transmettre toutes les pièces sur le groupe Whatsapp.

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter Thierry au 06.08.76.91.89 ou sur contact@diabesbleus.fr

Maison des associations N18
29 Avenue du Maquis de l'Oisans
38800 Le Pont de Claix
Tél : 06.08.76.91.89
contact@diabesbleus.fr
www.diabesbleus.fr

DDCS : 03808ET2828
Agrément n°3811009
SIRET : 520 631 334 00015 - APE : 9312Z
FFFA : 373



Les Diabes Bleus de Pont de Claix

2011 : Champions de France Flag -18 ans

2015 : Champions RHA Seniors, Champions RHA U19

2016 : Champions RHA U16

Fiche de renseignements

Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance : (.....)
Adresse :
Code postal : Ville :
Tél domicile : Tél portable :
Email du joueur :

Pour les mineurs, merci d'indiquer :

Père : profession : Tél portable :

Mère : profession : Tél portable :

Email des parents :

Sports déjà pratiqués :

.....

Antécédents médicaux (blessures, opérations, allergies...) :

.....

Autorisation parentale (pour les - 18 ans)

Je soussigné(e), responsable légale de

- l'autorise à pratiquer au sein de l'association sportive Les Diabes Bleus de Pont de Claix :
 - le flag
 - le football américain
- l'autorise à se faire véhiculer par un adulte si je ne peux pas l'accompagner ou en autocar (contre une participation financière) :
 - OUI
 - NON

Fait à, le

Signature

Droit à l'image

Je soussigné(e) autorise Les Diabes Bleus de Grenoble à utiliser les photos sur lesquelles nous pourrions, ma famille et moi, apparaître, pour la promotion du club (site internet, facebook, flyers...)

Fait à, le

Signature



DEMANDE DE LICENCE FFFA SAISON 2024/2025

À REMPLIR EN CAPITALES D'IMPRIMERIE
Pour les mineurs, renseigner le numéro de téléphone et le courriel d'un responsable légal

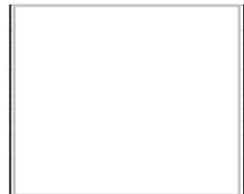


PHOTO OBLIGATOIRE

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			
Catégorie	Casé à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Casé à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Casé à cocher	Tarif fédéral	
Loisir U12	<input type="checkbox"/>	14,3	Loisir U7	<input type="checkbox"/>	18,6	Loisir Tiny	<input type="checkbox"/>	14,5	
Compétition U12	<input type="checkbox"/>	24,2	Loisir U9	<input type="checkbox"/>	18,6	Loisir Minime	<input type="checkbox"/>	14,5	
Loisir U14	<input type="checkbox"/>	14,3	Compétition U9	<input type="checkbox"/>	18,6	Compétition Minime	<input type="checkbox"/>	19,9	
Compétition U14	<input type="checkbox"/>	24,2	Loisir U11	<input type="checkbox"/>	18,6	Minime surclassé Cadet	<input type="checkbox"/>	19,9	
U14 surclassé U17	<input type="checkbox"/>	60,2	Compétition U11	<input type="checkbox"/>	18,6	Loisir Cadet	<input type="checkbox"/>	19,9	
Loisir U17	<input type="checkbox"/>	14,3	Loisir U13	<input type="checkbox"/>	18,6	Compétition Cadet	<input type="checkbox"/>	19,9	
Compétition U17	<input type="checkbox"/>	60,2	Compétition U13	<input type="checkbox"/>	18,6	Cadet surclassé Junior	<input type="checkbox"/>	19,9	
U17 surclassé U20	<input type="checkbox"/>	60,9	Loisir U15	<input type="checkbox"/>	18,6	Loisir Junior	<input type="checkbox"/>	19,9	
Loisir U20	<input type="checkbox"/>	35,1	Compétition U15	<input type="checkbox"/>	18,6	Compétition Junior	<input type="checkbox"/>	19,9	
Compétition U20	<input type="checkbox"/>	60,9	U15 surclassé U17	<input type="checkbox"/>	34,5	Junior surclassé en Senior	<input type="checkbox"/>	33,1	
U20 surclassé Senior	<input type="checkbox"/>	67,6	Loisir U17	<input type="checkbox"/>	18,6	Loisir senior	<input type="checkbox"/>	19,9	
Loisir Senior	<input type="checkbox"/>	35,1	Compétition U17	<input type="checkbox"/>	34,5	Compétition senior	<input type="checkbox"/>	33,1	
Compétition Senior	<input type="checkbox"/>	67,6	U17 surclassé Senior	<input type="checkbox"/>	34,5	Entraîneur	<input type="checkbox"/>	20,5	
Issu d'un championnat mineur	<input type="checkbox"/>	407,1	Loisir Senior	<input type="checkbox"/>	18,6	Dingéant	<input type="checkbox"/>	20,5	
Entraîneur	<input type="checkbox"/>	20,5	Compétition Senior	<input type="checkbox"/>	34,5	Juge	<input type="checkbox"/>	31,1	
Dingéant	<input type="checkbox"/>	20,5	Entraîneur Senior	<input type="checkbox"/>	20,5	Bénévole	<input type="checkbox"/>	6,9	
Arbitre	<input type="checkbox"/>	31,1	Dingéant	<input type="checkbox"/>	20,5				
Bénévole	<input type="checkbox"/>	6,9	Arbitre	<input type="checkbox"/>	31,1				
			Bénévole	<input type="checkbox"/>	6,9				
Total FA :	€		Total Flag :	€		Total Cheer :	€		
TOTAL REVERSE A LA FEDERATION : €									

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 présentant l'intérêt à souscrire une assurance de responsabilité 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'absence d'accident couvrant sa pratique sportive.

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 : _____

Licencié mineur (en cas de première licence ou de renouvellement d'une licence) :
Je soussigné M/Mme _____ en ma qualité de représentant légal du demandeur, atteste qu'il/elle a renseigné le QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FEDERATION SPORTIVE et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.
Date et signature du représentant légal : _____

Visa du club (date / tampon / signature) : _____
Le : ____ / ____ / ____

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 5 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'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du : **FOOTBALL AMERICAIN** en tant que : Joueur : Arbitre :

FLAG en tant que : Joueur : Arbitre :

CHEERLEADING en tant que : Joueur :

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 lui médicalement 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 médecin du sport ou titulaire du Certificat d'Enseignement Spécialisé pour les douctes surclassements, certifie après avoir procédé aux examens prévus par le règlementation en vigueur, que le demandeur de la présente licence est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge lui médicalement 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 certifient l'exactitude de toutes les renseignements portés. Ils s'engagent, en outre, à respecter les Statuts et Règlements de la FFFA, la réglementation applicable au dopage et à sa sanction ainsi que toutes les autres dispositions réglementaires. La communication de ces informations est le préalable obligatoire à l'obtention d'une licence fédérale. Le défaut total ou partiel, de réponse, entraîne l'annulation de la demande. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" N° 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 "adминистрация@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

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR EN VUE DU RENOUVELLEMENT 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. Simplement 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*

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 :		Nom de naissance :	
Prénoms :		Date de naissance :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	
Téléphone :		E-mail :	
Profession :			
Nom du club affilié :			

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 INVALIDITE (100 % invalidité) ⁽¹⁾	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"/>

(1) 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 le 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.

