

**\*CIVILITÉ** :  M. |  MME *si existant n° LICENCE* \_\_\_\_\_ **⚠ Remplissez le formulaire en MAJUSCULES**

**\*NOM NAISSANCE** : \_\_\_\_\_

**\*NOM MARITAL** : \_\_\_\_\_

**\*1ER PRÉNOM** : \_\_\_\_\_ | 2° \_\_\_\_\_ | 3° \_\_\_\_\_

**\*NÉ(E) LE** : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **\*A (VILLE)** \_\_\_\_\_ **C.POSTAL (SI FRANCE)** \_\_\_\_\_

**\*NATIONALITÉ** : \_\_\_\_\_ **\*PAYS NAISS.** \_\_\_\_\_

**\*NATURALISATION** : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

**▲ TÉLÉPHONES & E-MAIL**

**\*DOMICILE** : ..... **\*PORTABLE** : ..... **\*TRAVAIL** : ..... **\*FAX** : .....

**\*E-MAIL** : .....

**▲ ADRESSE TRÈS EXACTE ET LISIBLE**

**\*N°** : ..... **\*RUE** .....

**\*LIEU DIT** : ..... **\*BÂT. N°** : ..... **\*ESCALIER** : ..... **\*APPARTEMENT** : .....

**\*CODEPOSTAL** : ..... **\*VILLE** .....

**Avez-vous déjà été licencié(e) à la FFBoxe**  
(cochez la case correspondante)

Non  Oui

Si oui, à quel titre

.....

.....

Photo

Transmettre au club avec :  
photo d'identité, photocopie  
de CNI + montant cotisation.

**CLUB AFFILIÉ**  
(en toutes lettres)

Je CERTIFIE l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande. **Pour les filles** en cas de GROSSESSE, je m'engage à cesser toute activité sportive (compétition et assaut) et à le déclarer à la FFBoxe dès que j'en ai connaissance. Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information (resume des garanties ci-dessous) relative aux Garanties de base et à celle du contrat complémentaire SPORTMUT. J'autorise la Fédération Française de Boxe ou son représentant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'hospitalisation de mon enfant. Je m'engage à respecter les règlements et code sportif de la Fédération de Boxe dont je déclare avoir pris connaissance.


Les données personnelles recueillies, propriété de la FFBoxe, font l'objet d'un traitement informatique par la fédération aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Comités et à la FFBoxe. **Pour les dirigeants, éducateurs sportifs, encadrants via un diplôme fédéral ou professionnel, organisateurs pro, elles font également l'objet d'une vérification automatisée par les services de l'état via la plateforme dédiée "Si honorabilité", la consultation du FJJAISV (fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes) et la délivrance du bulletin n°2 du casier judiciaire (art. L212-9 et L322-1 du code du sport). Conformément à la loi "Informatique et Libertés" et au règlement (UE) 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie à ce titre des droits mentionnés ci-dessous.**

**Date** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature obligatoire du postulant  
ou du détenteur de l'autorité  
parentale

**LES MENTIONS PRÉCÉDÉES D'UN "⚠" SONT OBLIGATOIRES SANS ELLES VOTRE DEMANDE NE SAURAIT ÊTRE TRAITÉE**

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), nous vous informons que les données à caractère personnel que vous confiez à la responsabilité de la FFBoxe, font l'objet de traitements informatisés pour la gestion d'affiliations, de demandes de licences (spécifiques au type/à la fonction : pratiquant ou non, pros, dirigeant, officiel, cadre technique, représentant de mineur, médecin etc), les autorisations anti-dopage, la vérification de non contre-indication médicale à la pratique (y compris Vigicommutations), les souscriptions d'assurances, des envois d'abonnements, de propositions commerciales. Au titre du RGPD, vous disposez des droits suivants : droit d'opposition, droit d'accès et de rectification, et pour des cas ou motifs limitativement énumérés, droit à l'effacement ou à la limitation du traitement ; vous disposez par ailleurs d'un droit à la portabilité de vos données et du droit de définir des directives relatives à leur sort en cas de décès.



**Réservé Club/CR/FFBoxe** ⚠

**Date saisie** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Bordereau n°** .....

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION**

Tout(e) postulant(e) qui sollicite une licence doit signaler au médecin auquel il(elle) demande ce certificat, toute anomalie dans son état physique ou toute malformation congénitale ou acquise qu'il(elle) pourrait présenter.

Je, soussigné ..... docteur en médecine, CERTIFIE, que ..... ne présente aucune contre-indication à l'**HANDI-BOXE**.

**Nature du handicap** : .....

**Catégorie** : .....

Handicap moteur membre(s) supérieur(s)       Handicap moteur membre(s) inférieur(s) debout

Handicap moteur membre(s) inférieur(s) en fauteuil       Handicap mental      Autres.....

**Observations** : .....

**Poids (obligatoire)** : ..... kg

**Délivre à** ..... le / /

Signature du médecin

Cachet du médecin indiquant nom et adresse obligatoire

**GARANTIES LICENCE-ASSURANCE 2022/2023 (Document non contractuel)**

Les licenciés évoluant au sein des organismes déconcentrés (Ligues, Comités, Clubs, Associations, ...) de la Fédération Française de Boxe sont couverts dans le cadre des activités (compétition, rencontre amicale, entraînement, stage...) pratiquées au sein de ceux-ci pour les risques suivants :

- **INDIVIDUELLE ACCIDENT** (accord collectif n° 2082 souscrit auprès de la Mutuelle des sportifs.)
  - **Frais de soins de santé** : en complément du régime de prévoyance obligatoire (à concurrence de 200 % du tarif Sécurité Sociale)
  - **Forfait hospitalier** : 100 % | **Prothèses dentaires** : 300 € par dent | **Optique** : 300€ par accident
  - **Capital santé** de 6 100€ par accident (déplacements d'honoraires, prestations hors nomenclature Sécurité Sociale, chambre particulière, ...)
  - **Capital Décès** : 15 500€ (moins de 18 ans et accident hors sport : 9 150€) | **Capital Invalidité pour 100% d'IPP** : 70 000€ (accident hors sport 31 000€).
  - **Garanties optionnelles** : Possibilité de bénéficier de garanties complémentaires (Indemnités Journalières, Décès, Invalidité) du régime de base, en souscrivant au contrat «SPORTMUT BOXE».

**ASSISTANCE RAPATRIEMENT** (garanties souscrites auprès de Mutuaide Assistance)

En cas d'accident ou de maladie graves, prise en charge du transport de la victime jusqu'à son domicile ou jusqu'à l'hôpital le plus proche de son domicile par le moyen le plus approprié. « **MDS ASSISTANCE** » : Tél. : 01.45.16.65.70 / Fax. : 01.45.16.63.92 - Mail : [assistance@mutuaide.fr](mailto:assistance@mutuaide.fr)

• **RESPONSABILITE CIVILE & DEFENSE PENALE / RECOURS** : garanties souscrites auprès de la MAIF.

Je soussigné ..... | ou représentant légal..... déclare avoir :

• Reçu et pris connaissance des notices d'information aux garanties de base attachées à ma licence qui sont également consultables sur le site internet de la FFBoxe, ainsi que 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. Le licencié est libre de souscrire une assurance auprès de la Mutuelle des Sportifs, d'un autre assureur ou de ne pas s'assurer.

Je déclare avoir été informé que la souscription d'une assurance individuelle accident ou d'une garantie complémentaire ne sont pas obligatoires mais néanmoins fortement conseillés.

**Vous devez IMPERATIVEMENT COCHER OUI ou NON pour chacune des deux options suivantes au risque de voir la demande de licence refusée**

- OUI**, je souhaite bénéficier de la garantie «Individuelle Accident» comprise dans ma licence "**HANDI-BOXE**"
- 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 : 1,49€ pour toutes les catégories. Dans ce cas envoyer une copie de cette demande de licence à la Mutuelle des Sportifs-2/4 rue Louis David-75782 Paris Cedex 16).

**Garanties complémentaires «SPORTMUT BOXE»**

**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.



**0.800.15.2000**



[www.afid.fr/vidal.php](http://www.afid.fr/vidal.php)