



Nom de la structure affiliée :	Code Postal :
--------------------------------	---------------

Monsieur       Madame

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse .....

..... Téléphone .....

Code postal ..... Ville ..... Email .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... à ..... Nationalité .....

J'autorise la FFHM à m'envoyer, par courriel, des communications officielles notamment à des fins associatives ou commerciales.

**Coût de la licence loisir (assurance comprise) : 18€**

**RENOUVELLEMENT**  
Noter ici le numéro de licence :

**CERTIFICAT MEDICAL**

**1/ S'il s'agit d'une première demande de licence, vous devez OBLIGATOIREMENT fournir un certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives ou faire remplir le certificat médical ci-dessous :**  
Le médecin, soussigné, certifie que le demandeur ne présente aucune contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives.

A : ..... Le : .....

Cachet et signature obligatoires du médecin

**2/ Si vous avez fourni un certificat médical postérieur au 30 juin 2017, il reste valable pour cette saison à condition de répondre au questionnaire de santé joint à ce document. Par la présente, je confirme avoir répondu :**

**NON** à TOUTES les questions (dans ce cas, vous n'avez pas besoin de nouveau certificat médical)

**OUI** à AU MOINS une question (dans ce cas, vous devez faire remplir le certificat médical ci-dessus ou fournir un certificat médical)

**ASSURANCES<sup>1</sup>**

Je reconnais avoir pris connaissance (son représentant légal si mineur), dans le document joint à la présente demande, par ma structure :

- des garanties « responsabilité civile et individuelle accident » dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
- de la possibilité de renoncer à la garantie « Individuelle Accident » et des modalités pour y renoncer,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires :

Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur.

Garantie de base Individuelle Accident (Cocher la case ci-dessous pour y renoncer)

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 : 0,35 € TTC).

<sup>1</sup> Les garanties attachées à la licence ne s'appliquent pas en cas de pratique de l'activité au sein d'une collectivité locale. La pratique au sein d'une structure commerciale affiliée à la Fédération sera couverte, étant toutefois précisé que dans ce cas, le contrat interviendra en complément ou à défaut des assurances souscrites à titre personnel des licenciés de ladite structure commerciale.

**SIGNATURE DU TITULAIRE OU DU REPRESENTANT LEGAL SI LE DEMANDEUR EST MINEUR**  
Je certifie sur l'honneur l'exactitude des pièces fournies et des renseignements mentionnés ci-dessus.  
Signature

Date: ..... / ..... / .....

Je reconnais avoir pris connaissance des garanties d'assurances liées à la licence ainsi que de l'intérêt de souscrire des garanties complémentaires offertes par l'assureur (informations figurant sur le document joint à cette demande) et de la notice jointe par la structure affiliée lors de l'adhésion. Je déclare accepter que les informations portées sur ma fiche individuelle soient traitées informatiquement sachant que la loi du 6 janvier 1978 (art. 26 et 27) me donne droit d'accès et de rectification, et que mes coordonnées puissent être transmises à des organismes extérieurs.

**LE PRESIDENT OU LE REPRESENTANT LÉGAL DE LA STRUCTURE AFFILIÉE<sup>2</sup>**  
Cachet et signature

<sup>2</sup> En signant ce document, le Président ou le représentant légal de la structure affiliée :

- atteste avoir en sa possession le certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives des adhérents et le questionnaire de santé, ainsi que l'autorisation parentale des licenciés mineurs,
- s'engage à transmettre et diffuser les informations concernant les garanties d'assurances auquel souscrit l'adhérent, par la licence,
- s'engage à faire signer aux licenciés le présent document ou tout autre document interne à la structure précisant les éléments ci-dessus.

Date: ..... / ..... / .....

Vous êtes informé que vos données à caractère personnel, recueillies sur ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique sous la responsabilité de la FFHM et ce, aux fins, suivant votre qualité (licencié, médecin ou représentant légal d'un mineur), de gérer les souscriptions de licences, de vous adresser de la prospection commerciale, de vérifier l'aptitude physique (absence de contre-indication médicale) et les autorisations de contrôle anti-dopage, ainsi que de gérer les souscriptions d'assurances. Conformément à la réglementation, vous bénéficiez d'un droit, d'accès d'opposition, de rectification et de suppression ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort des données personnelles après la mort. Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que d'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis visés par le règlement européen n°2016/679 (RGPD). Le demandeur peut exercer ces droits auprès du service licences de la FFHM via l'adresse mail suivante : [service.licences@ffhaltero.fr](mailto:service.licences@ffhaltero.fr)