



FORMULAIRE LICENCE INDIVIDUELLE SAISON 2025/2026

Ce formulaire doit être rempli, signé, accompagné du certificat médical et/ou du questionnaire santé QS - SPORT.

L'ensemble de ces documents doit être conservé par le club.

RÉGION PAYS DE LA LOIRE

Nom du club FFSA : VENT D'OUEST

N° d'affiliation FFSA : 85/02

Identité et type de licence

Nom :

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Département : _____

Adresse : _____

CP : _____

Ville : _____

E-Mail du licencié : _____ Téléphone : _____

Licence Adulte – compétitive Classe : _____

Licence Adulte - non compétitive Classe : _____

N° de licence FFSA :

Sexe : masculin féminin

Nationalité : _____

Commune de naissance : _____

LICENCE VENT D'OUEST

67€

(+ surcoût en fonction de l'assurance choisie)

Formulaire de licence et certificat médical ou questionnaire santé à nous retourner pour

le 17 octobre 2025 au plus tard.

Après cette date, une **majoration de 10€** sera appliquée sur la licence.

Date du certificat médical ou Questionnaire de santé :

____ / ____ / 20____

Avec contre-indication Sans contre-indication

Pratique en compétition OUI NON

Les responsables de l'association sportive ou, si nécessaire, la FFSA, sont autorisés à prendre toutes décisions d'ordre médical et chirurgical, en cas d'accident sérieux nécessitant une intervention urgente.

Autorisation de l'exploitation de l'image du licencié sur tous supports de communication :

OUI NON

Droit à l'image

Attention : L'assurance Responsabilité civile couvrant les activités physiques et sportives est obligatoire mais non imposée par la FFSA. La garantie « individuelle accidents » est facultative mais vivement recommandée.

Rappel : l'assurance Responsabilité Civile (R.C) ne couvre que les accidents causés aux tiers.

J'ai pris connaissance de la présente police d'assurance et je souscris à l'assurance suivante :
(Cochez l'assurance souhaitée ci-dessous)

Avec
RC fédérale et assistance MAIF

B1
(RC comprise)

B2
(RC comprise)

B3
(RC comprise)

Autre
(Sans RC)

**+3.65€ soit 70.65€
la licence**

**+8.20€ soit 75.20€
la licence**

Je soussigné(e) président (e) du club certifie l'exactitude des informations portées ci-dessus, notamment celles relatives aux indications médicales.

Date : _____

Signature du (de la) président(e)
et cachet du club

Je souhaite adhérer à la FFSA et pratiquer des activités sportives adaptées correspondant à mes choix. Je déclare également avoir pris connaissance du présent formulaire composé de 5 pages et j'en accepte ses conditions.

Date : _____

Signature du licencié

Je déclare avoir pris connaissance du présent formulaire composé de 5 pages et j'en accepte ses conditions.

Date : _____

Signature de son représentant légal



Notice individuelle dommages corporels à l'attention des licenciés de la FFSA

Saison sportive 2025/2026



La Fédération Française du Sport Adapté attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.

Cette notice vous est remise par l'association sportive dont vous êtes adhérent afin de vous informer des garanties d'assurance de personnes souscrites par La Fédération Française du Sport Adapté, ainsi que des formalités à accomplir en cas de sinistre.

SYNTHÈSE DES GARANTIES ASSURANCES DE PERSONNES DU CONTRAT FÉDÉRAL N° 422 934 9R

LA GARANTIE ACCIDENTS CORPORELS

ÉVÈNEMENTS	OPTION B1 (garantie de base)	OPTION B2	OPTION B3
Décès accidentel	20 000 €	20 000 €	50 000 €
Incapacité permanente totale (réduction partiellement selon le taux d'invalidité), sous déduction d'une franchise relative IPP ≤ 5 % *(1)	50 000 € Portée à 100 000 € si le taux d'invalidité est supérieur à 50%	50 000 € Portée à 100 000 € si le taux d'invalidité est supérieur à 50%	100 000 € Portée à 153 000 € si le taux d'invalidité est supérieur à 50 %
	Un taux d'invalidité permanente supérieur ou égal à 66% donnera lieu au versement de 100 % du capital		
Indemnités journalières franchise 7 jours Indemnisation maximum 365 jours	Non garanties	35 €/jour	35 €/jour
Frais médicaux	5 000 € dont 500 € pour le bris de lunettes et 300 € par dent pour les frais de réparation ou remplacement de prothèse existante		
Forfait hospitalier	À concurrence des frais réels avec un maximum de 3 000 €		
Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive	3 000 €		
*(1) Au titre de la garantie Invalidité Permanente, nous ne prenons en charge que les sinistres supérieurs ou égaux à 5% d'invalidité.			

LA GARANTIE ACCIDENTS CORPORELS SPORTIF DE HAUT NIVEAU

	PLAFOND DE GARANTIE	FRANCHISE
Capital Décès	100 000€	Néant
Capital invalidité	L'indemnité est calculée en multipliant le taux d'invalidité (IPP), déterminé lors de la consolidation de l'assuré par le capital défini ci-dessous à l'exception d'un taux d'invalidité > 66% qui donnera lieu au versement de 100% du capital	Relative IPP ≤ 5%
IPP < 50%	300 000€	
IPP > 50%	600 000€	
Frais de soins de santé (Médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation)	10 000€ par accident Dont bris de lunettes : 500€ Dont prothèse dentaire ou remplacement de prothèse existante : 500 € Dont prothèse auditive : 1500 € par appareil	Néant
Indemnités journalières	35 € par jour (max 365 jours)	Franchise de 7 jours
Forfait journalier hospitalier	À concurrence des frais réels avec un maximum de 30 000 €	Néant
Centre de rééducation Traumatologie sportive	10 000 € par accident	Néant
Sinistre collectif	5 000 000 € quel que soit le nombre de victimes	Néant



PRINCIPALES EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties :

- Les dommages résultant de la faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré, ou de sa participation active à un acte illicite constituant un crime ou un délit intentionnel.
- Les conséquences pouvant résulter de soins reçus, traitements suivis ou d'interventions chirurgicales non consécutifs à un accident corporel garanti.
- Les affections ou lésions de toute nature qui ne sont pas la conséquence de l'événement accidentel déclaré ou qui sont imputables à une maladie connue ou inconnue du bénéficiaire des garanties.

Sont notamment réputées relever d'une maladie, les lésions internes suivantes :

- les affections musculaires, articulaires, tendineuses et discales, telles que pathologies vertébrales, ruptures musculaires et tendineuses,
- les affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales,
- les affections virales, microbiennes et parasitaires.

Lorsqu'ils ne sont pas consécutifs à un état antérieur connu ou inconnu du bénéficiaire des garanties, demeurent toutefois couverts les ruptures tendineuses survenues à l'occasion des activités sportives, ainsi que les malaises cardiaques ou vasculaires cérébraux survenus au cours de cette activité ou pendant la phase de récupération.

OBLIGATION DE L'ASSURÉ EN CAS DE SINISTRE

Afin de nous permettre d'instruire votre dossier, nous vous demandons de :

- Nous déclarer le sinistre dans les 5 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance.
- Nous indiquer dans votre déclaration :
 - La date, le lieu, les circonstances et les causes connues ou supposées du sinistre,
 - La nature et le montant approximatif des dommages,
 - Les références des autres contrats susceptibles d'intervenir,
 - Les coordonnées de l'auteur responsable s'il y a lieu et, si possible, des témoins en indiquant si un PV ou un constat a été établi.
- Nous faire parvenir dans les 8 jours à compter du sinistre, un certificat médical indiquant la nature des lésions et leurs conséquences probables.

CONTACTS

Pour adresser vos déclarations de sinistre	En cas d'assistance rapatriement
<p>À la FFSA – Service licences 3 rue Cépré, 75015 PARIS 01 42 73 90 05 licence@sportadapte.fr</p>	<p>MAIF ASSISTANCE 7j/7 24h/24 Au 0800 875 875 si vous êtes en France Au +33 5 49 77 47 78, si vous êtes à l'étranger</p> <p>Préparez votre appel en précisant le numéro de contrat de la FFSA 4229349R, l'adresse et le numéro de téléphone où MAIF Assistance peut vous joindre.</p> <p>Précisez l'objet de votre appel : nom, prénom et date de naissance des personnes concernées, le cas échéant nature des blessures ou de la maladie, adresse et numéro de téléphone de l'établissement hospitalier et du médecin traitant.</p> <p>Attention, aucune prestation d'assistance n'est prise en charge sans l'accord préalable de MAIF Assistance.</p>
<p>Pour tous renseignements concernant le contrat Fédéral N°4229349R</p> <p>Centre de gestion spécialisée Associations & Collectivités de Nancy Groupe MAIF - Gestion spécialisée - 79018 Niort cedex 9 gestionspecialisee@maif.fr Téléphone : 03 83 39 76 26</p>	