



# Fédération Française de Boxe

Demande de Licence

AÉROBOXE

BOXE LOISIR

BOXE ÉDUCATIVE ASSAUT

Garçon / Fille

Cochez la case correspondant à votre Catégorie d'âge

Poussins - Benjamins - Minimes - Cadets

Juniors - Seniors

Réservé au C.R.

**Bordereau de Transmission**

à la F.F.B. n° .....

SAISON

Date de saisie

à transmettre au Comité Régional  
avec 1 photo et la cotisation

N° de Licence.....

écoute dopage | 0 800 15 2000 |

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

Nom : (en majuscules) .....

Prénom : .....

Sexe : (cocher la case correspondante)  F  M

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_ Lieu : .....

Nationalité : ..... Naturalisation (date et n°) .....

**CLUB AFFILIÉ** (en toutes lettres)

Avez-vous déjà été licencié auprès de la FFB ?  OUI  NON

(cocher la case correspondante)

*Adresse très exacte et lisible*

Lieu-dit .....

N° Bâtiment ..... Escalier ..... Appartement .....

N° ..... Rue .....

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

N° de tél. .... Adresse e-mail .....

**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 FFB dès que j'en ai connaissance.**

**Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information (résumé des garanties au verso de la présente demande) relative aux Garanties de base et de 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.**

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

signature obligatoire du postulant

**Pour les mineurs :**

Signature de la personne détentrice de l'autorité parentale

**Certificat médical de NON CONTRE-INDICATION obligatoire (au verso)**

Conformément à l'article 27 de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le demandeur est informé que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique.

## CERTIFICAT 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(e) .....  
docteur en médecine

### CERTIFIE

que le ou la nommé(e) : .....  
ne présente aucune contre-indication à la **BOXE ÉDUCATIVE ASSAUT**, **LA BOXE LOISIR** ou  
à la **AÉROBOXE**

Observations éventuelles : .....

Poids (obligatoire) : ..... kg

cachet du médecin indiquant nom et adresse obligatoire

Délivré à : ..... le  
signature du médecin

### GARANTIES LICENCE-ASSURANCE 2015 / 2016 (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° 2N 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 6100 € par accident (dépassements d'honoraires, prestations hors nomenclature Sécurité Sociale, chambre particulière, ...)
  - Capital Décès : 15 500 € (moins de 18 ans et accident hors sport : 9150 €)
  - 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) en 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 - TELEX 261.531

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

Je soussigné(e) .....  
déclare avoir : ..... NOM ..... Prénom du demandeur ou du représentant légal

- Reçu et pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma licence qui sont également consultables sur le site internet de la FFB, 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 suscription d'une assurance individuelle accident ou d'une garantie complémentaire ne sont pas obligatoires mais néanmoins fortement conseillés.

#### Garantie de base Individuelle Accident

- OUI**, je souhaite bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » comprise dans ma licence « **BOXE EDUCATIVE ASSAUT - BOXE LOISIR - AEROBOXE** »
- 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 : 1,409 € 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