

**NOUVELLE FORMULE
d’AFFILIATION
ou de REAFFILIATION
à la FFR**

**DESCRIPTION DES OPERATIONS que LE
LICENCIE
(ou son REPRESENTANT LEGAL pour les
mineurs)
DEVRA IMPERATIVEMENT EFFECTUER
pour la VALIDATION DE SA LICENCE**

Réception Email par le **Demandeur** ou son **Représentant Légal**



OVAL-e

Demande d'affiliation à la F.F.R.

Madame, Monsieur,

Vous recevez ce courriel car l'association J A ISLE RUGBY a demandé l'affiliation à la Fédération française de rugby (F.F.R.) de la personne suivante :

TERRACOL REMY
Né(e) le 20/03/2001
Nationalité: France

Afin de compléter la demande, veuillez trouver ci-dessous vos identifiants de connexion à Oval-e :

Adresse Oval-e : <https://oval-e-pp.ffr.fr/Affilies/DemandeAffiliation/Index/282335>
Identifiant : **2001031002806**
Mot de passe: **3ibDJG1F!_**

La demande d'affiliation porte sur les types de licences suivantes:

Licence de joueur: Compétition
Licence éducateur / entraîneur : Non
Licence arbitre : Non
Licence dirigeant : Non

Réception Email par le **Demandeur** ou son **Représentant Légal**

Adresse Oval-e : <https://oval-e-pp.ffr.fr/Affilies/DemandeAffiliation/Index/282335>
Identifiant : **2001031002806**
Mot de passe: **3ibDJG1F!_**

La demande d'affiliation porte sur les types de licences suivantes:

Licence de joueur: Compétition
Licence éducateur / entraîneur : Non
Licence arbitre : Non
Licence dirigeant : Non

Afin que l'association ci-dessus puisse soumettre l'affiliation à la F.F.R., vous devez :

- contrôler et mettre à jour les informations personnelles ;
- prendre connaissance des informations liées à l'assurance et aux précautions relatives à la pratique du rugby (ETAPE 3 du formulaire en ligne) ;
- imprimer le modèle de certificat médical et le faire signer par un médecin (ce modèle n'apparaîtra dans le bandeau blanc, en bas du formulaire, qu'une fois l'ETAPE 3 entièrement validée) ;
- fournir les pièces demandées et compléter les champs obligatoires (marqués d'un astérisque) ;

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le Secrétaire général.

Réception Email par le **Demandeur** ou son **Représentant Légal**



OVAL-e

Demande d'affiliation à la F.F.R.

Madame, Monsieur,

Vous recevez ce courriel car l'association J A ISLE RUGBY a demandé l'affiliation à la Fédération française de rugby (F.F.R.) de la personne suivante :

TERRACOL REMY
Né(e) le 20/03/2001
Nationalité: France

Afin de compléter la demande, veuillez trouver ci-dessous vos identifiants de connexion à Oval-e :

Adresse Oval-e : <https://oval-e-pp.ffr.fr/Affilies/DemandeAffiliation/Index/282335>

Identifiant : **2001031002806**

Mot de passe : **3ibDJG1F!_**

**CLIQUER sur le
LIEN**

La demande d'affiliation porte sur les types de licences suivantes:

Licence de joueur: Compétition
Licence éducateur / entraîneur : Non
Licence arbitre : Non
Licence dirigeant : Non

**Identifiant de Connexion (N° de
Licence)**
et
Mots de Passe de 1ère Connexion



Connexion du **Demandeur** ou de son **Représentant Légal** à Oval-e

Le nouveau licencié se connecte donc sur l'accès Oval-e avec son identifiant et mot de passe reçu par mail, via le lien.

Lors de la 1^{ère} connexion il devra changer ce mot de passe.

**CLIQUER pour vous
Connecter**

Accéder à votre compte



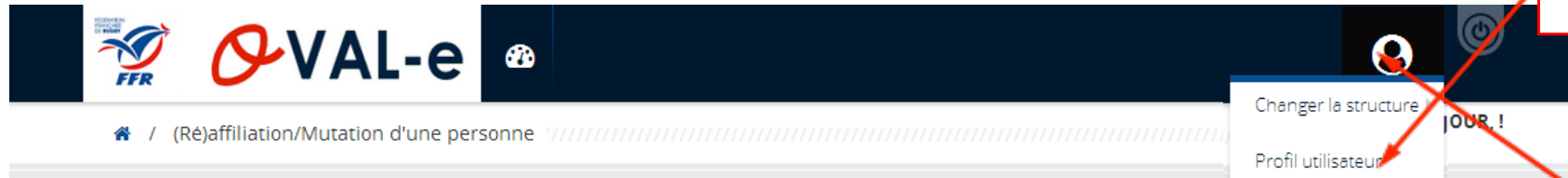
Identifiant *

Mot de passe *

[Mot de passe oublié ?](#)

CONNEXION

Le demandeur retrouve les Informations d’AFFILIATIONS et son N° de Licence



CLIQUER
« Profil
utilisateur »

Formulaire de (ré)affiliation / mutation à la F.F.R.

DATE DE LA DEMANDE : 02/05/2017	CLUB : 5762N / J A ISLE RUGBY	AFFILIE : 2001031002806
TYPE DE LA DEMANDE : Affiliation	COMITÉ : 3016D / LIMOUSIN	DOSSIER : 2017282334A0

Les informations marquées d'un astérisque () sont obligatoires et doivent impérativement être renseignées pour valider la demande d'affiliation.*

ETAPE 1 : INFORMATIONS PERSONNELLES

Informations sur le licencié

NOM *	TERRACOL
PRÉNOM *	REMY

Vous devez compléter l'étape 3.

SAUVEGARDER LES INFORMATIONS SAISIES

Lors de la
première
connexion,
modifier le
mots de Passe

CLIQUER

Le 'Nouveau mot de passe' doit comporter :
8 caractères minimum,
au moins une majuscule,
au moins une minuscule,
au moins un chiffre,
au moins un caractère non alphanumérique



BONJOUR, !

Nom
Identifiant
Email

2001031002805

Modifiez votre mot de passe 

Votre mot de passe actuel *

3!bDJGTF!_

Nouveau mot de passe *

●●●●●●●●

Confirmez le nouveau mot de passe *

●●●●●●●●

ENREGISTRER

CLIQUER
Pour Enregistrer

Le demandeur procède à la saisie (ou à la correction) des informations complémentaires et notamment les champs à étoile (qui sont les Champs Obligatoires) !

ETAPE 1 : INFORMATIONS PERSONNELLES

Informations sur le licencié	
NOM *	TERRACOL
PRÉNOM *	REMY
DATE NAISSANCE *	20/03/2001
SEXE *	Masculin
NATIONALITÉ *	France
VILLE NAISSANCE *	LIMOGES
CODE POSTAL NAISSANCE *	87000
TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL	
TÉLÉPHONE PORTABLE	0600000000
TÉLÉPHONE DOMICILE	0555000000
LISTE ROUGE *	OUI
AUTORISATION CNIL *	NON
EMAIL *	tterracol@wanadoo.fr
CONFIRMER EMAIL *	tterracol@wanadoo.fr

**CLIQUEZ et
CHOISIR entre :
OUI ou NON**

Vous devez compléter l'étape 3.

SAUVEGARDER LES INFORMATIONS SAISIES

Le demandeur procède à la saisie (ou à la correction) des informations complémentaires et notamment les champs à étoile (qui sont les Champs Obligatoires) !

**A tout Moment,
le Demandeur
peut
SAUVEGARD
ER LES
INFORMATIO
NS SAISIES**

AUTORISATION CNIL * Non
EMAIL * tterracol@wanadoo.fr
CONFIRMER EMAIL * tterracol@wanadoo.fr

TUTEUR #1 *
Tuteurs légaux
TERRACOL THIERRY PERE
AJOUTER UN TUTEUR

Adresse du licencié
ETAGE - ESCALIER - APPARTEMENT
IMMEUBLE - BÂT. - RÉSIDENCE
NUMÉRO ET LIBELLÉ DE VOIE * 27 RUE DU MARECHAL FOCH
LIEU-DIT OU BOÎTE POSTALE
CODE POSTAL * 87100
CODE INSEE
LOCALITÉ * LIMOGES
PAYS * France

**CLIQUEZ et
CHOISIR le PAYS**

ETAPE 2 : SELECTIONNER LES LICENCES DÉSIRÉES

Vous devez compléter l'étape 3.

SAUVEGARDER LES INFORMATIONS SAISIES

ETAPE 2 : Partie NON MODIFIABLE par le DEMANDEUR (Verrouiller par le CLUB)

ETAPE 2 : SELECTIONNER LES LICENCES DESIRÉES

LICENCE *	Licence de joueur	^
JOUEUR SOUS CONTRAT 1DF	Compétition	v
JOUEUR LIGUE	Non	v
LCA *	Non	v
LICENCE EDUCATEUR / ENTRAINEUR *	Licence éducateur / entraîneur	^
	Non	v
LICENCE ARBITRE *	Licence arbitre	^
	La licence d'arbitre ne doit pas être demandée pour les joueurs en capacité d'arbitrage. Merci de cocher L.C.A dans la qualité de joueur.	
	Non	v
LICENCE DIRIGEANT *	Licence dirigeant	^
	Non	v

ETAPE 3 : VALIDER LES MENTIONS LÉGALES ET ASSURANCES

Le demandeur déclare par la présente :

Certifier ne jamais avoir été qualifié à la F.F.R.

Accepter d'être domicilié au siège du club auprès duquel il est rattaché.

Vous devez compléter l'étape 3.

SAUVEGARDER LES INFORMATIONS SAISIES

Les deux Cases doivent être

COCHER

ETAPE 3 : VALIDER LES MENTIONS LÉGALES ET ASSURANCES

Le demandeur déclare par la présente :

Certifier ne jamais avoir été qualifié à la F.F.R.

Accepter d'être domicilié au siège du club auprès duquel il est rattaché.

Accepter de se soumettre à toutes les décisions ou sanctions qui lui seraient infligées par la FFR ou un Comité Territorial en sa qualité de licencié à la FFR.

Refuser que les renseignements figurant sur le présent document soient utilisés par la FFR à des fins commerciales, associatives ou humanitaires.

Etre informé qu'il possède un droit d'accès et de rectification auprès de la FFR pour les renseignements à caractère personnel le concernant (Loi informatique et liberté du 6 janvier 1978).

J'ai pris connaissance et j'accepte les conditions de la FFR.

Informations relatives aux précautions à prendre afin de pratiquer le rugby

Je reconnais avoir été informé(e) par la FFR, par mon Comité Territorial et par mon club :

1/ des contraintes spécifiques liées à la pratique du rugby, tant à l'entraînement qu'en compétition, et de la nécessité d'une préparation adéquate, notamment de la colonne vertébrale, selon le poste occupé.

2/ des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par l'intermédiaire de ma licence souscrite auprès de la FFR pour lesquelles une notice figure ci-dessous (bouton "Prendre connaissance des assurances et des options facultatives").

3/ de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires.

4/ que lesdites garanties complémentaires proposées figurent au dos du présent document et me permettent en particulier de porter la limite des garanties de 4,5 à 6 M€ maximum pour les IPP importantes.

Informations relatives aux assurances à prendre afin de pratiquer le rugby

PRENDRE CONNAISSANCE DES ASSURANCES ET DES OPTIONS FACULTATIVES

Il faut obligatoirement CLIQUER sur le bouton.

ETAPE 4 : TÉLÉCHARGER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES

Pièce à joindre au dossier (Identité)

Photo d'identité *

Sélectionner...

Justificatif d'identité ou
photocopie du passeport *

Sélectionner...


Vous devez compléter l'étape 3.

SAUVEGARDER LES INFORMATIONS SAISIES

Faire Défiler jusqu'EN BAS à l'aide du Curseur
Verticale

X

Assurances



Partenaire et assureur officiel de la F.F.R.

NOTICE ASSURANCE
conformément aux articles L321-1 et suivants
et L331-9 et suivants du code du sport
CONTRATS ASSURANCE N° R132540.014H ET N° R132540.015J
CONTRAT ASSISTANCE N° 1271

Validité à compter du 1^{er} juillet 2016
Fin de validité : 31 octobre 2017

Les contrats d'assistance et d'assurance peuvent être consultés au siège de la Fédération Française de Rugby. **Le club tient à votre disposition un guide d'information relatif aux garanties d'assurances.**

Quand et où êtes-vous assuré ?

Vous êtes assuré pendant la période de validité de votre licence, lors de la pratique du rugby, c'est-à-dire pendant les compétitions (**pour les pratiquants « Rugby Loisir » uniquement les matches amicaux**), les séances d'entraînement et aussi lors des trajets pour se rendre et revenir des compétitions (**des matches amicaux pour les pratiquants « Rugby Loisir »**), des séances d'entraînement, des réunions, ou des manifestations organisées par la Fédération ou ses organismes affiliés.

Vous êtes assuré dans le monde entier pour les garanties Responsabilité Civile, Accidents Corporels, Défense Pénale, en France et dans les Principautés de Monaco et d'Andorre pour la garantie Recours (sont seuls concernés les joueurs licenciés fédéraux des équipes françaises affiliés à la Fédération à l'occasion de matches exclusivement agréés par la FFR).

Sont exclus notamment de l'assurance :

- les accidents résultant de la pratique du ski, du bobsleigh, du skeleton, de l'ice surfing, de l'alpinisme, des sports de combat, des sports aériens, des sports mécaniques et de la spéléologie, du saut à l'élastique et du plongeon survenant lors de stages de vacances organisés par la F.F.R.,
- les accidents qui sont le fait volontaire du bénéficiaire du contrat,
- le suicide ou la tentative de suicide, conscient ou inconscient et la mutilation volontaire,
- les dommages survenues aux cours de manifestations, compétitions, courses ou épreuves sportives y compris leurs essais soumises à une assurance obligatoire ou nécessitant une autorisation administrative,
- les conséquences de la participation de l'assuré à des rixes, sauf en cas de légitime

Décès
Les préjudices patrimoniaux des ayants droit de la victime sont limités de la façon suivante :

Résultant des blessures subies au cours d'une action de jeu lors d'un match, d'un match amical ou d'une séance d'entraînement	Résultant d'un accident de trajet ou d'une quelconque autre cause survenant pendant un match, un match amical ou une séance d'entraînement (malaise cardiaque, rupture d'anévrisme...)
300.000 € + 50 % par enfant à charge (minimum 50.000 €)	50.000 € (minimum 15.000 €)

Déficit Fonctionnel Permanent de 6 à 100 %
Sont seuls indemnisés, s'ils sont médicalement reconnus, le Déficit Fonctionnel Permanent (D.F.P.), les frais d'assistance d'une tierce personne, les frais d'aménagement du domicile et/ou du véhicule, les pertes de revenus résultant de l'arrêt d'une activité rémunérée (avant consolidation) ou de l'impossibilité d'exercer une quelconque activité rémunérée (après consolidation), les frais futurs, le tout dans les limites des montants suivants :

Taux D.F.P	Limite de l'indemnisation (€)
de 6 à 15 %	400.000
de 16 à 25 %	600.000
de 26 à 39 %	800.000
de 40 à 100 %	4.500.000

Aucune indemnité n'est toutefois versée si le Déficit Fonctionnel Permanent est inférieur à 6 %.

La garantie est étendue, dans les deux ans qui suivent la date de consolidation fixée par le médecin de l'assureur, aux aggravations entraînant une augmentation des séquelles. Passé ce délai la garantie ne sera pas accordée.

Le montant de la garantie « Accidents Corporels » est limité à 11.500.000 € par sinistre, quel que soit le nombre de victimes.

Le délai de prescription de l'action est de 2 ans pour les garanties frais de soins et déficit fonctionnel permanent, de 10 ans pour la garantie décès (Code des Assurances, art. L.114-1 et L.114-2).

1.5 - Tarifs licence assurance 2016/2017

VOIR TARIFS R.G. 2016/2017

2/ ASSURANCE INDIVIDUELLE DE PERSONNE – GARANTIE COMPLEMENTAIRE FACULTATIVE MAIS RECOMMANDEE

PRENDRE CONNAISSANCE DES ASSURANCES ET DES OPTIONS FACULTATIVES *

CLIQUER sur le bouton pour **VALIDER**

COCHER la **CASE**

action soudaine d'une cause extérieure.

Les indemnités réglées au titre de cette garantie « Accidents Corporels » sont déductibles des indemnités qui vous seraient allouées au titre de la garantie « Responsabilité Civile ».

Les indemnités sont évaluées selon le droit commun. Toutes les sommes versées ou dues par les organismes sociaux, les tiers tenus à indemnisation et par tout organisme intervenant dans l'indemnisation des préjudices assurés viennent en déduction de chacune des indemnités décrites ci-dessous.

Vous êtes assuré lors d'un événement garanti en cas de : frais de soins, déficit fonctionnel permanent, décès.

Nature et limites de votre garantie Accidents Corporels :

Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation : en complément, des prestations fournies par les régimes sociaux obligatoires et s'il y a lieu; des régimes complémentaires et dans la limite des frais réels :

- **Assurés sociaux** 150 % des tarifs conventionnés de la Sécurité Sociale en vigueur à la date du remboursement.
- **Non assurés sociaux** 200 % des tarifs conventionnés de la Sécurité Sociale en vigueur à la date du remboursement.
- **Les frais de prothèse dentaire** sont limités à 500 € par dent fracturée avec un maximum de 2.500 € par accident.
- **Les frais de chambre individuelle** sont pris en charge en cas d'intervention de la Sécurité Sociale ou d'un organisme similaire.
- **Les frais de transport en ambulance** 35 % des frais dans la limite de 500 € par accident.
- **Les frais d'optique pour les arbitres** sont limités à 400 € en cas de bris de lunettes au cours d'un match.

3	80	120	60	40	20
---	----	-----	----	----	----

2.2 Indemnités journalières (suite à une perte de salaire réelle)

Une franchise de 30 jours est applicable. La durée de la garantie est de 365 jours comptés à partir de la date du 1^{er} arrêt de travail.

Option	Montant maximum journalier (€)	Prime T.T.C (€)
1	40	350
2	80	600
3	160	850

LES INSCRIPTIONS SONT RECUES AU CLUB



Courtier Gestionnaire : Centre de Gestion Administratif Rugby
51 avenue Hoche 75405 PARIS CEDEX 08
S.A au capital de 264.000 € Siret Paris B 379 429 756
N° ORIAS 07 022 402

Pour les opérations de courtage d'assurances, garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L530-1 et L530-2 du code des assurances.

FIDELIA ASSISTANCE

Société anonyme au capital de 12.571.744 € entièrement libéré
Entreprise régie par le Code des Assurances – R.C.S. Paris B 377 768 601
Siret 377.768.601.00017 – NAF 6512Z
27 quai Carnot 92212 SAINT-CLOUD CEDEX

GMF ASSURANCES

Société anonyme au capital de 181.385.440 €
Entreprise régie par le Code des Assurances
R.C.S. Paris B 398.972.901 NAF 6512Z
148 rue Anatole France 92597 LEVALLOIS-PERRET Cedex

Je reconnais avoir lu et pris connaissance des informations figurant dans la notice d'assurance

Assurances complémentaires

- Option 1 : Je décide de souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées et je remplis les formalités correspondantes
- Option 2 : Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées, en toute connaissance de cause

CHOISIR entre : **Option 1** ou **Option 2**

ANNULER

VALIDER

Après Validation des Options d'Assurance, le Demandeur peut alors **TELECHARGER LE CERTIFICAT MEDICAL**

Formulaire de (ré)affiliation / mutation à la F.F.R.

DATE DE LA DEMANDE : 20/05/2017 CLUB : 5762N / J A ISLE RUGBY AFFILIE : 2001031002806
TYPE DE LA DEMANDE : Affiliation COMITÉ : 3016D / LIMOUSIN DOSSIER : 2017282334A0

Les informations marquées d'un astérisque () sont obligatoires et doivent impérativement être renseignées pour valider la demande d'affiliation.*

ETAPE 1 : INFORMATIONS PERSONNELLES

Informations sur le licencié

NOM * TERRACOL
PRÉNOM * REMY
DATE NAISSANCE * 20/03/2001
SEXE * Masculin
NATIONALITÉ * France
VILLE NAISSANCE * 87000

Le formulaire peut être vérifié par votre Club.

SAUVEGARDER LES INFORMATIONS SAISIES **TÉLÉCHARGER LE CERTIFICAT MÉDICAL**

A tout Moment, le Demandeur peut **SAUVEGARDER LES INFORMATIONS SAISIES**

CLIQUER pour TELECHARGER



CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY



CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Rappel :
L'original de ce Certificat Médical doit être remis au Club dans lequel TERRACOL REMY, né(e) le 20/03/2001, s'affilie pour la saison 2016-2017.
Une version scannée de ce Certificat Médical doit être déposée sur le formulaire d'affiliation dématérialisée du demandeur (Etape 4 du formulaire d'affiliation sur le site www.ovale2.ffr.fr).

ZONE RESERVEE AU MEDECIN

NOTE A L'ATTENTION DES MEDECINS POUR CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

PARTIE RESERVEE AU DEMANDEUR ou SON REPRESENTANT

LEGAL :

Cette case permet de Signer physiquement l'ENGAGEMENT à la FFR

Je soussigné, atteste que TERRACOL REMY ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable :

et les choix des Options d'ASSURANCES

ASSURANCES

ZONE RESERVEE A L'AFFILIE

Je reconnais avoir pris connaissance sur mon formulaire d'affiliation (Etape 3 du formulaire sur le site www.ovale2.ffr.fr) :

- 1/ des contraintes spécifiques liées à la pratique du rugby, tant à l'entraînement qu'en compétition, et de la nécessité d'une préparation adéquate, notamment de la colonne vertébrale, selon le poste occupé.
- 2/ des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par l'intermédiaire de ma licence souscrite auprès de la FFR pour lesquelles une notice figure ci-dessous (bouton "Prendre connaissance des assurances et des options facultatives").
- 3/ de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires.
- 4/ que lesdites garanties complémentaires proposées figurent au dos du présent document et me permettent en particulier de porter la limite des garanties de 4,5 à 6 M€ maximum pour les IPP importantes.

Je confirme avoir choisi l'option suivante :

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN :

Cette case est identique à celle qu'il y avait sur les anciennes AS Papiers

(Représentant Légal si le demandeur est mineur)

Rappel du Choix de l'Option, en cas d'erreur, retourner sur votre compte FFR, modifier la case de l'option, sauvegarder et télécharger un nouveau Certificat Médicale

ZONE RESERVEE AU MEDECIN

NOTE A L'ATTENTION DES MEDECINS POUR CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Le Comité Médical de la FFR et ses différents experts ont rédigé le document « Visite Médicale de non contre-indication à la pratique du rugby / Aide à la consultation » que vous pouvez consulter sur le site www.ffr.fr à la rubrique : AU CŒUR DU JEU / COMITE MEDICAL / REGLEMENT MEDICAL. En cas d'interrogation, vous pouvez joindre le Président de la Commission Médicale Régionale de votre Comité ou un membre du Comité Médical de la FFR en sollicitant leurs coordonnées auprès du secrétariat médical (secretariat.medical@ffr.fr) Pour les joueurs de plus de 35 ans, un test d'effort est fortement conseillé.

Je soussigné, atteste que TERRACOL REMY ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable :

- A la pratique du rugby en compétition
- A la pratique du rugby en compétition aux postes spécifiques de 1ère ligne

Nombre de cases cochées : 1, 2, 3, 4

NB : La non contre-indication à la pratique du rugby en compétition valide la non contre-indication à la pratique de l'arbitrage en compétition et/ou la non contre-indication à entraîner.

Aucune rature n'est autorisée

Date :
Signature et cachet du praticien

ASSURANCES

ZONE RESERVEE A L'AFFILIE

Je reconnais avoir pris connaissance sur mon formulaire d'affiliation (Etape 3 du formulaire sur le site www.ovale2.ffr.fr) :

- 1/ des contraintes spécifiques liées à la pratique du rugby, tant à l'entraînement qu'en compétition, et de la nécessité d'une préparation adéquate, notamment de la colonne vertébrale, selon le poste occupé.
- 2/ des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par l'intermédiaire de ma licence souscrite auprès de la FFR pour lesquelles une notice figure ci-dessous (bouton "Prendre connaissance des assurances et des options facultatives").
- 3/ de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires.
- 4/ que lesdites garanties complémentaires proposées figurent au dos du présent document et me permettent en particulier de porter la limite des garanties de 4,5 à 6 M€ maximum pour les IPP importantes.

Je confirme avoir choisi l'option suivante :

Option 2 : Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées, en toute connaissance de cause.

Date :
Signature du demandeur
(Représentant Légal si le demandeur est mineur)

RECAPITULATIF DES CHOIX DU DEMANDEUR (OPTION d'ASSURANCE)

ETAPE 3 : VALIDER LES MENTIONS LÉGALES ET ASSURANCES

Le demandeur déclare par la présente :

Certifier ne jamais avoir été qualifié à la F.F.R.

Accepter d'être domicilié au siège du club auprès duquel il est rattaché.

Accepter de se soumettre à toutes les décisions ou sanctions qui lui seraient infligées par la FFR ou un Comité Territorial en sa qualité de licencié à la FFR.

Refuser que les renseignements figurant sur le présent document soient utilisés par la FFR à des fins commerciales, associatives ou humanitaires.

Etre informé qu'il possède un droit d'accès et de rectification auprès de la FFR pour les renseignements à caractère personnel le concernant (Loi informatique et liberté du 6 janvier 1978).

J'ai pris connaissance et j'accepte les conditions de la FFR

Ici, le demandeur retrouve le choix de l'option d'Assurance. Il est encore possible de le changer.

**CLIQUER
pour
Modifier**

Informations relatives aux précautions à prendre afin de pratiquer le rugby

Je reconnais avoir été informé(e) par la FFR, par mon Comité Territorial et par mon club :

1/ des contraintes spécifiques liées à la pratique du rugby, tant à l'entraînement qu'en compétition, et de la nécessité d'une préparation adéquate, notamment de la colonne vertébrale, selon le poste occupé.

2/ des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par l'intermédiaire de ma licence souscrite auprès de la FFR pour lesquelles une notice figure ci-dessous (bouton "Prendre connaissance des assurances et des options facultatives").

3/ de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires.

4/ que lesdites garanties complémentaires proposées figurent au dos du présent document et me permettent en particulier de porter la limite des garanties de 4,5 à 6 M€ maximum pour les IPP importantes.

Informations relatives aux assurances à prendre afin de pratiquer le rugby

J'ai reconnu avoir lu et pris connaissance des informations figurant dans la notice d'assurance

Option 1 : Je décide de souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées et je remplis les formalités correspondantes

Option 2 : Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées, en toute connaissance de cause

ETAPE 4 : TÉLÉCHARGER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES

Photo d'identité *

Pièce à joindre au dossier (Identité)

Sélectionner...

**SAUVEGARDER le CHANGEMENT
d'OPTION**

Le formulaire peut être vérifié par votre Club.

SAUVEGARDER LES INFORMATIONS SAISIES

TÉLÉCHARGER LE CERTIFICAT MÉDICAL

**APRES TOUT ENREGISTREMENT DES INFORMATIONS SAISIES,
le DEMANDEUR REVIENS A LA PAGE D'ACCEUIL**

 **VAL-e**  TABLEAU DE BORD   BONJOUR !

[/ \(Ré\)affiliation/Mutation d'une personne](#) //////////

Formulaire de (ré)affiliation / mutation à la F.F.R.

DATE DE LA DEMANDE : 02/05/2017	CLUB : 5762N / J A ISLE RUGBY	AFFILIE : 2001031002806
TYPE DE LA DEMANDE : Affiliation	COMITÉ : 3016D / LIMOUSIN	DOSSIER : 2017282334A0

Les informations marquées d'un astérisque () sont obligatoires et doivent impérativement être renseignées pour valider la demande d'affiliation.*

ETAPE 1 : INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM *	<input type="text" value="TERRACOL"/>
PRÉNOM *	<input type="text" value="REMY"/>
DATE NAISSANCE *	<input type="text" value="20/03/2001"/>
SEXE *	<input type="text" value="Masculin"/>
NATIONALITÉ *	<input type="text" value="France"/>
VILLE NAISSANCE *	<input type="text" value="87000"/>

Le formulaire peut être vérifié par votre Club.

[SAUVEGARDER LES INFORMATIONS SAISIES](#) [TÉLÉCHARGER LE CERTIFICAT MÉDICAL](#)

**CLIQUER pour
TELECHARGE
R
le nouveau
CERTIFICAT
MEDICALE**

**PIECES JUSTIFICATIVES INDISPENSABLES POUR VALIDATION
DE LA LICENCE**

Option 2: Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées, en toute connaissance de cause

**Photo
d'Identité du
JOUEUR**

**Justificatif
d'Identité du
Autorisation
de soin**

**Le Justificatif d'Identité doit comporté la NATIONALITE du
demandeur :**

**Certificat
Médical**

- Copie LIVRET DE FAMILLE (page concernant le demandeur)

ETAPE 4 : TÉLÉCHARGER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES

Pièce à joindre au dossier (Identité)

Selectionner

Selectionner...

Photo d'identité *

Justificatif d'identité ou
photocopie du passeport *

Auto

**DOCUMENT TELECHARGER PRECEDEMENT (Rempli et signer
par le MEDECIN et le DEMANDEUR ou son REPRESENTANT
LEGAL)**

**CARTE NATIONALE d'IDENTITE (recto suffit)
SPORT**

ETAPE 5 : DOSSIER MÉDICAL

Votre dossier ne requiert aucune pièce médicale complémentaire.

Le formulaire peut être vérifié par votre Club.

SAUVEGARDER LES INFORMATIONS SAISIES

TÉLÉCHARGER LE CERTIFICAT MÉDICAL

**Cette PARTIE
peut être
COMPLETE
R
par le
DEMANDEU
R
ou le
CLUB**

**CLIQUER pour
TELECHARGE**

**CLIQUER pour
TELECHARGE**

**CLIQUER pour
TELECHARGE**

R

**CLIQUER pour
TELECHARGE**

R

PIECES COMPLEMENTAIRES POUR CERTAINS TYPES DE LICENCE

Autorisation de soin en cas d'accident

Sélectionner...

**Pour certains types de demandeurs de licence (+ de 40ans, + de 45ans, joueurs étrangers, arbitre, etc...), des pièces complémentaires seront demandées...
Exemple, pour un joueur étranger : titre de séjour, autorisation de travail, attestation d'affiliation à la sécu, etc...**

indication à la pratique du rugby *

Sélectionner...

ETAPE 5 : DOSSIER MÉDICAL

Votre dossier ne requiert aucune pièce médicale complémentaire.

Documents à télécharger

- 📎 Autorisation de soins
- 📎 Clearance World Rugby
- 📎 Conditions d'Assurances
- 📎 Doc. Médical - Licence Arbitre
- 📎 Doc. Médical - Licence Comp. de 40 A 44 ans
- 📎 Doc. Médical - Licence Comp. de 45 A 49 ans
- 📎 Doc. Médical - Licence Comp. de 50 ans et plus
- 📎 Doc. Médical - Licence Rugby Loisir

ICI, le Demandeur (ou son Représentant Légal) peut télécharger des document d'information de la FFR dont

- **Condition d'Assurance (lu lors de l'étape 3)**
- **Documents médicaux + de 40 ans, + de 45 ans...**
- **etc...**

Le formulaire peut être vérifié par votre Club.

SAUVEGARDER LES INFORMATIONS SAISIES

TÉLÉCHARGER LE CERTIFICAT MÉDICAL

MERCI DE VOTRE ATTENTION

Pour ceux qui le souhaitent, ce document est disponible sur l'ordinateur du secrétariat.

- Toute personne souhaitant le récupérer peut se présenter avec une clé USB. (taille du fichier : 4 Mo)
- Le fichier peut être envoyé par mail également à toute personne en faisant la demande à

ja.isle.rugby@orange.fr