

# FÉDÉRATION FRANÇAISE DE BOXE

## DEMANDE DE LICENCE INDIVIDUELLE DIRIGEANTS - 2019/2020

COMITÉ RÉGIONAL     COMITÉ DÉPARTEMENTAL     DE CLUB

CADRE TECHNIQUE     OFFICIEL     ORGANISATEUR PRO     AGENT SPORTIF

**Avez-vous déjà été licencié(e) auprès de la FFBoxe**

*(cochez la case correspondante)*

- Non  
 Oui (à quel titre) .....  
 .....  
 .....

\*Saison.....

**A transmettre au Club avec une photo d'identité, une photocopie de pièce d'identité et le montant de la cotisation.**

\*LICENCE N° : .....  
 \*CIVILITÉ :     M.     Mme     Mlle  
 \*NOM : .....  
 \*PRÉNOM : .....  
 \*NÉ(E) LE :    \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    LIEU .....  
 \*NATIONALITÉ : .....

Photo

⚠ **Complétez ici en majuscules les informations à mettre à jour**

⚠ **ADRESSE TRÈS EXACTE ET LISIBLE**

\*LIEU DIT : .....  
 \*N° BÂTIMENT : ..... \*ESCALIER ..... \*APPARTEMENT .....  
 \*N° : ..... \*RUE .....  
 \*CODEPOSTAL : ..... \*VILLE .....  
**TÉLÉPHONES & E-MAIL**  
 \*DOMICILE : ..... \*PORTABLE : .....  
 \*TRAVAIL : ..... \*FAX : .....  
 \*E-MAIL : .....

CLUB AFFILIÉ (en toutes lettres).....

**\*Pour les cadres techniques, avez-vous un contrat avec un(e) boxeur(se) professionnel(le)**     Oui     Non

*(Cochez la case correspondante)*

**Dirigeant**

**Cadre technique**

**Officiel**

**Licence sollicitée**

**Nom de l'Association**

Je DEMANDE à être admis(se) comme membre de la Fédération Française de Boxe et je sollicite la délivrance d'une licence pour le poste ci-dessus. Je M'ENGAGE à respecter les règlements et code sportif de la Fédération Française de Boxe dont je déclare avoir pris connaissance. Je CERTIFIE l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande. Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information (résumé des garanties accompagnant la présente demande) relative aux Garanties de base et de celle du contrat complémentaire SPORTMUT.

**LES MENTIONS PRÉCÉDÉES D'UN <sup>(\*)</sup> 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 FFB, 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, 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.



Date \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Signature obligatoire du postulant

Réservé Club/CR/FFB ⚠

Date saisie    /    /  
Bordereau n° .....

### CONDITIONS DE DELIVRANCE D'UNE LICENCE DE JUGE ARBITRE :

**1 - Avoir validé les examens de juge- arbitre**

**2 - A partir de 65 ans, obligation de se soumettre,**

- À la licence des 65 ans à un examen cardio-vasculaire avec ECG, et épreuve d'effort (à renouveler tous les deux ans)
- À un examen ophtalmologique, attestant d'une vision correcte, (obligation de port de lentilles de contact à partir d'une vision inférieure ou égale à 3/10°, sur l'œil le moins bon). A renouveler tous les deux ans
- À un examen médical classique (tous les ans) avec recherche

**D'une aptitude physique :**

- pas d'atteinte neurologique (séquelles d'AVC, de maladies neurologiques dégénératives,- pas de trouble de la parole, comitialité)
- pas d'atteinte virale en évolution (biologie hépatite B et C, HIV),

**D'une aptitude psychique :** capacité à raisonner, absence de trouble du comportement.

#### ANTECEDENTS PERSONNELS

Médicaux.....  
 Fracturaires.....  
 Chirurgicaux.....

#### ANTECEDENTS D'HOSPITALISATION

#### ANTECEDENTS FAMILIAUX

VASCULAIRES .....

NEUROLOGIQUES .....

#### VACCINATIONS : date

DT Polio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Hépatite B \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    TA .....    Pouls .....

#### PRISE DE MEDICAMENTS

**Il vous est rappelé que vous devez vous présenter avant chaque gala au médecin de ring, pour faire vérifier votre TA, et votre état de santé.**

Je, soussigné ..... docteur en médecine, CERTIFIE, que.....  
 ..... ne présente aucune contre-indication à la pratique de juge arbitre de combats de boxe anglaise.

Délivré à ..... le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Cachet et n° RPPS**

Signature du médecin

**CERTIFICAT MÉDICAL de NON CONTRE-INDICATION**  
**à L'ARBITRAGE des COMBATS de BOXE**  
**ou à L'ENSEIGNEMENT de la PRATIQUE de la BOXE**

Pour les officiels dès l'âge de 65 ans, examens médicaux à fournir : visite médicale avec aptitude physique (CI maladies neurologiques), et psychique, à la pratique de l'arbitrage + un examen ophtalmologique (obligation du port de lentilles de contact à partir d'une vision inférieure ou égale à 3/10 sur l'oeil le plus mauvais + ECG d'effort.

Je, soussigné ..... docteur en médecine, **CERTIFIE**,  
que..... ne présente aucune contre-indication à l'ARBITRAGE ou à  
l'ENSEIGNEMENT de la Boxe.

Observations éventuelles : .....

Délivré à ..... le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du médecin

Cachet du médecin indiquant nom et adresse obligatoire

**GARANTIES LICENCE-ASSURANCE 2019/2020 (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 : 200 %
- Forfait hospitalier : 100 %
- Prothèses dentaires : 300 €
- Optique : 300€
- Capital santé de 6 097,96€ par accident (dépassements d'honoraires, prestations hors nomenclature Sécurité Sociale, chambre particulière, ...)
- Capital Décès : 15 500€ | Capital Invalidité : 70 000€ pour 100% d'IPP - (31 000€ accident hors sport).
- 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.

**Garantie de base Individuelle Accident**

- OUI**, je souhaite bénéficier de la garantie «Individuelle Accident» comprise dans ma licence «**INDIVIDUELLE DIRIGEANTS**»
- 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

