

DOSSIER DE LICENCE

2025/2026

FOOTBALL AMÉRICAIN

CHEERLEADING

FLAG





DOSSIER DE LICENCE

Votre dossier de licence doit être intégralement rempli.

Pour les **joueurs majeurs**, il est composé :

- (1) du formulaire de demande de licence FFFA
- (2) du formulaire SMACL (assurance complémentaire facultative)
- (3) du formulaire d'autorisation pour le droit à l'image
- (4) du questionnaire de santé
- (6) de l'autorisation en cas d'accident (bas de page)

Pour les **joueurs mineurs**, il faudra remplir le questionnaire de santé spécifique (5 et 6) et les joindre à votre dossier.

Pour les **nouvelles demandes**, il faut impérativement joindre au dossier de licence :

- une photo d'identité
- une photocopie recto-verso de vos papiers d'identité
- un certificat médical pour la pratique en compétition de la discipline choisie. Il peut être délivré par le médecin sur un papier libre, autre que l'emplacement prévu à cet effet sur le formulaire FFFA.

Pour les **renouvellements**, il suffit de remplir votre dossier avec les formulaires 1 à 4 + 6 (bas de page) pour les majeurs, et 1 à 6 pour les mineurs.

Le Règlement Intérieur de l'Association est disponible en téléchargement depuis notre site internet : www.le-minotaure.com

La souscription d'une licence pré-suppose avoir pris connaissance du dit Règlement Intérieur et d'y adhérer sans réserve.

Merci d'envoyer votre dossier complet au secrétaire de l'association : secretaire@le-minotaure.com

Règlement
par chèque ou
carte bancaire

Bonne saison !



DEMANDE DE LICENCE FFFA

PHOTO

SAISON 2025/2026

Club : LE MINOTAURE

INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom de naissance : _____
Nom d'usage (si différent) : _____
Prénom : _____
Civilité : M F
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Téléphone : _____
Courriel : _____
Date de naissance : _____
Commune de naissance : _____ Département : _____
Pays de naissance : _____
Nationalité : _____

LICENCE

A remplir en cas de renouvellement									Signature du demandeur (ou de son représentant légal s'il est mineur)
Numéro de licence : _____									
CHOIX DE LA LICENCE									
FOOTBALL AMERICAIN			FLAG FOOTBALL			CHEERLEADING			
Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	
U15	<input type="checkbox"/>	24,2	U7	<input type="checkbox"/>	18,6	Tiny	<input type="checkbox"/>	14,5	
U15 surclassé U18	<input type="checkbox"/>	60,9	U9	<input type="checkbox"/>	18,6	Minime	<input type="checkbox"/>	19,9	
U18	<input type="checkbox"/>	60,9	U11	<input type="checkbox"/>	18,6	Minime surclassé Cadet	<input type="checkbox"/>	19,9	
U18 surclassé Senior	<input type="checkbox"/>	67,6	U13	<input type="checkbox"/>	18,6	Cadet	<input type="checkbox"/>	19,9	
Loisir Senior	<input type="checkbox"/>	35,1	U13 surclassé U15	<input type="checkbox"/>	18,8	Cadet surclassé Junior	<input type="checkbox"/>	19,9	
Compétition Senior	<input type="checkbox"/>	67,6	U15	<input type="checkbox"/>	18,8	Junior	<input type="checkbox"/>	19,9	
Issu d'un championnat majeur	<input type="checkbox"/>	407,1	U15 surclassé U18	<input type="checkbox"/>	34,5	Junior surclassé en Senior	<input type="checkbox"/>	33,1	
Entraîneur*	<input type="checkbox"/>	20,5	U18	<input type="checkbox"/>	34,5	Loisir senior	<input type="checkbox"/>	19,8	
Dirigeant*	<input type="checkbox"/>	20,5	U18 surclassé Senior	<input type="checkbox"/>	34,5	Compétition senior	<input type="checkbox"/>	33,1	
Arbitre*	<input type="checkbox"/>	31,1	Senior	<input type="checkbox"/>	34,5	Entraîneur*	<input type="checkbox"/>	20,5	
Bénévole*	<input type="checkbox"/>	6,9	Entraîneur*	<input type="checkbox"/>	20,5	Dirigeant*	<input type="checkbox"/>	20,5	
			Dirigeant*	<input type="checkbox"/>	20,5	Juge*	<input type="checkbox"/>	31,1	
			Arbitre*	<input type="checkbox"/>	31,1	Bénévole*	<input type="checkbox"/>	6,9	
			Bénévole*	<input type="checkbox"/>	6,9				
Total FA :	€		Total Flag :	€		Total Cheer :	€		

ION : _____

Signature et cachet du demandeur : _____

Visa du club (date / tampon / signature) : _____

Le : ____ / ____ / ____

*Le/la demandeur.euse d'une licence encadrant « entraîneurs, arbitre/juge, dirigeant, bénévole », est informé.e que la FFFA procédera à un contrôle d'honorabilité dans le cadre de l'article L.212-9 du code du Sport.

CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE EN COMPETITION OU EN LOISIR

MAJEUR : à ne fournir qu'en cas de première licence, ou si le majeur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire de santé sport, ou si le dernier certificat médical pour la pratique de la discipline concernée date de plus de 3 ans.
MINEUR : à ne fournir que si le mineur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention ou du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive.

Je soussigné(e), Docteur _____

certifie avoir examiné le demandeur de la présente licence, et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique de :

FOOTBALL AMERICAIN	<input type="checkbox"/>	en tant que :	Joueur : <input type="checkbox"/>
			Arbitre : <input type="checkbox"/>
FLAG	<input type="checkbox"/>	en tant que :	Joueur : <input type="checkbox"/>
			Arbitre : <input type="checkbox"/>
CHEERLEADING	<input type="checkbox"/>	en tant que :	Joueur : <input type="checkbox"/>

Signature et cachet du médecin : _____

A _____, le _____

DEMANDE DE SURCLASSEMENT DU MEDECIN DU SPORT

Si le sujet présente un développement suffisant et une aptitude physiologique particulière (catégorie 1 de la classification médico-sportive), un médecin diplômé peut l'autoriser à pratiquer la discipline en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure, en respect du règlement médical de la FFFA.

Le médecin généraliste pour les simples surclassements ou le diplômé de traumatologie du sport, titulaire de la capacité de médecine du sport ou titulaire du Certificat d'Enseignement Spécialisé, certifie après avoir procédé aux examens prévus par la réglementation en vigueur, que le demandeur de la présente licence est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure de la discipline en compétition sous toute réserve de modification de l'état actuel.

Signature et cachet du médecin : _____

A _____, le _____

Les signataires de la présente demande de licence certifient l'exactitude de tous les renseignements portés. Ils s'engagent, en outre, à respecter les Statuts et Règlements de la FFFA, la réglementation applicable au dopage et à subir en conséquence tous les examens et prélèvements. La communication de ces informations est le préalable obligatoire à l'obtention d'une licence fédérale. Le défaut total ou partiel, de réponse, entrainera l'annulation de la demande. Conformément à la loi "Informatique et Liberté" No 79-17, du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression aux données personnelles vous concernant. Ce droit d'accès peut être exercé à l'adresse de la FFFA.

Je souhaite recevoir la newsletter FFFA pour être au courant de toute l'actualité fédérale
J'accepte de recevoir des offres commerciales pour des produits ou services liés à ma pratique sportive, de la part de la FFFA ou de ses partenaires
J'autorise la FFFA à utiliser mon image, uniquement dans le cadre de ses activités et sans but lucratif

OUI NON
OUI NON
OUI NON



Votre

bulletin de souscription

Garantie individuelle accident
complémentaire



Contrat collectif «Individuelle accident complémentaire» à adhésion facultative souscrit par la fédération auprès de SMACL Assurances.

Il est destiné à couvrir les licenciés ou les pratiquants occasionnels non licenciés qui souhaitent bénéficier de garanties complémentaires allant au-delà du régime de base offert par la licence.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION À RETOURNER À

SMACL Assurances - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9,
accompagné de votre règlement par chèque à l'ordre de SMACL Assurances du montant de l'option choisie.

À réception, vous serez adressées les conditions particulières récapitulant les caractéristiques de votre souscription.

ASSURÉ

<input checked="" type="checkbox"/> Mme M.	
Nom :	Nom de naissance :
Prénoms :	Date de naissance :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone :	E-mail :
Profession :	
Nom du club affilié : LE MINOTAURE	

Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat d'assurance souscrit par la fédération et notamment la garantie Individuelle accident complémentaire ayant pour objet l'indemnisation des accidents corporels suite à un accident survenant dans le cadre des activités garanties au titre du contrat de la fédération et ce, en complément du régime de base offert par la licence.

et

Décide de souscrire cette option Individuelle accident complémentaire à effet du lendemain de la réception du bulletin. Les garanties prennent fin au 31 juillet suivant.

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

Mes héritiers légaux dans l'ordre successoral

Autre désignation :

La clause bénéficiaire désigne la (ou les) personne(s) qui percevront le capital du contrat en cas de décès de l'assuré. Elle doit donc impérativement être adaptée à la situation familiale, aux objectifs et à la volonté de l'assuré. Aussi, afin d'éviter toute ambiguïté sur l'identité des bénéficiaires ou de prévenir une éventuelle situation de déshérence, l'assuré doit porter une attention particulière à sa rédaction.

Il s'agit de bénéficier de garanties complémentaires au contrat de base « Individuelle accident corporel » proposée par la fédération, soit, au choix :

- **un capital Décès**
- **un capital Invalidité** : un capital invalidité dont le montant est fixé ci-dessous selon la catégorie de bénéficiaires. Aucune indemnité ne sera versée lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 5 %.
- **des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale** :
 - indemnité, destinée à compenser une perte réelle de revenus ou un manque à gagner justifié, est versée à compter du 8^e jour suivant la date de l'accident et pendant un maximum de 365 jours répartis sur 2 ans ;
 - incapacité temporaire cesse dès que l'assuré est en mesure de reprendre, même partiellement, ses occupations ou dès la consolidation médicale de son état.

La date de consolidation des blessures et la durée de l'incapacité temporaire totale sont fixées par le médecin-expert désigné par SMACL Assurances.

Assuré	Formule	Montant du capital DÉCÈS	Montant du capital INVALIDITÉ (100 % invalidité) (*)	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES Montant / jour	TARIF FORFAITAIRE TTC	COCHER LA FORMULE CHOISIE
Licencié (ou pratiquant occasionnel non licencié)	1	15 000 €	31 000 €		25 €	
	2	30 000 €	61 000 €	15 €	55 €	
	3	50 000 €	75 000 €	30 €	80 €	

(*) Montant obtenu en multipliant le capital par le taux d'incapacité permanente résultant de l'accident.

<p>Je ne souhaite pas recevoir les offres sur les autres produits et services de SMACL Assurances</p> <p>J'accepte de recevoir les offres commerciales des partenaires de SMACL Assurances</p> <ul style="list-style-type: none">• Vous reconnaissez avoir pris connaissance des documents d'information sur le produit d'assurance Individuelle accident complémentaire et de la notice d'information du contrat d'assurance souscrit par la fédération et définissant :<ul style="list-style-type: none">- les garanties et notamment la garantie Individuelle accident complémentaire ayant pour objet l'indemnisation des accidents corporels suite à un accident survenant dans le cadre des activités garanties en complément du régime de base de la licence ;- leurs modalités d'entrée en vigueur ;- les formalités à accomplir en cas de sinistre. <p>et vous certifiez en avoir pris connaissance avant la signature du présent bulletin de souscription.</p> <ul style="list-style-type: none">• Vous reconnaissez que votre contrat ne pourra prendre effet au plus tôt que le lendemain du jour de réception par SMACL Assurances.	<p>Vos données personnelles : SMACL Assurances et SMACL Assurances SA, en qualité de responsables conjoints du traitement, recueillent et utilisent vos données personnelles pour la souscription, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance. Vos données peuvent également être traitées dans le cadre de nos obligations en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude mis en œuvre dans l'intérêt légitime de SMACL Assurances, de SMACL Assurances SA et de leurs assurés. Pour plus d'informations sur l'utilisation de vos données ou l'exercice de vos droits (accès, rectification, opposition, etc.), consultez notre espace dédié « Données personnelles » sur notre site internet (www.smacl.fr/donnees-personnelles) ou contactez le Délégué à la protection des données : protectiondesdonnees@smacl.fr</p>
Fait à _____, le _____ / _____ / 20____	<p style="text-align: center;">Signature du représentant</p>

Contrat assuré par **SMACL ASSURANCES** - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances, RCS Niort n° 301 309 605 141. Siège social : 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9. Géré par **SMACL ASSURANCES SA** - Société anonyme au capital de 138 801 048 euros, entreprise régie par le Code des assurances, RCS Niort n° 833 817 224. Siège social : 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9.



AUTORISATION SUR LA LIBRE UTILISATION DE L'IMAGE D'UNE PERSONNE MAJEURE MINEURE

Je soussigné(e) : _____ né le : _____

Demeurant : _____

Si mineur,

Je soussigné(e) : _____ parent représentant légal tuteur

de l'Enfant : _____

Demeurant : _____

Autorise la prise de vue et la publication de l'image sur laquelle j'apparais / mon enfant apparait* ; ceci, sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée. Je reconnais avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite dans le cadre de la publication, de la promotion et de la publicité à l'usage exclusif de l'association sportive «Le Minotaure de Strasbourg».

Je reconnais également que les utilisations éventuelles ne peuvent porter atteinte à ma vie privée et, plus généralement, ne sont pas de nature à lui nuire ou à lui causer un quelconque préjudice.

Fait à :

Le :

Signature :

Si mineur, signature du
parent/représentant légal/tuteur

Selon les articles 226-1 à 226-8 du Code civil, tout individu jouit d'un droit au respect de sa vie privée ainsi que d'un droit à l'image.

En vertu de ces dispositions, la publication ou la reproduction d'une photographie sur laquelle une personne est clairement reconnaissable n'est possible qu'avec son consentement préalable, que l'image soit préjudiciable ou non. Font exception à cette règle les photos de foule où la personne n'est pas le sujet centrale ou bien les photos prises de loin ou de dos.

Un document manuscrit doit ainsi être signé par la ou les personnes concernées par la photographie. Le document doit en outre faire apparaître les mentions permettant de faire référence aux photos concernées par l'autorisation et à l'utilisation qui en est faite.

Il ne peut en aucun cas être établie d'autorisation globale, couvrant tout type de photographie impliquant la personne.

Cas des enfants mineurs

Dans le cas des enfants mineurs, la signature d'autorisation des parents de l'enfant ou de ses tuteurs légaux doit également être obtenue par écrit.

De plus,

La diffusion de photos et de vidéos sur le site internet du club est autorisée par les licenciés, parents de mineurs et accompagnateurs.

Sauf avis contraire des concernés formulé par lettre recommandée, et dans ce cas seulement, celles-ci seront effacées dans les plus brefs délais.

Pour les mineurs, la demande d'effacement sera faite par les parents.

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MAJEUR EN VUE DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?		
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc) survenu durant les 12 derniers mois ?		
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

**Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié*

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es : une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge :	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

Fédération Française de Football Américain

2 rue du Centre – Immeuble ATRIA – 93160 NOISY LE GRAND - Tél : 01 43 11 14 70 - Fax : 01 43 11 14 71

www.ffa.org - viesportive@ffa.org

Fédération affiliée au CNOSF – Agrément Ministériel n°75 S 270

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z



AUTORISATION PARENTALE DE SURCLASSEMENT

Je soussigné (e) M, Mme
(Nom et Prénom du responsable légal)

Certifie être le responsable du mineur :

Né(e) le: / /, à

et l'autorise à pratiquer le
(Discipline pratiquée)

en compétition, dans la catégorie immédiatement supérieure à celle de son âge avec autorisation médicale pour la saison 2025-2026 au sein de l'association sportive : **LE MINOTAURE**

Fait à le / /

Signature :

EN CAS D'ACCIDENT

(majeur : ne remplir que les personnes à contacter)

Nous autorisons le responsable de la section du club du **MINOTAURE**,
à prendre les dispositions nécessaires pour transporter notre fils, notre fille :

Et en cas d'urgence de la/le faire hospitaliser et opérer.

Personne à contacter en cas d'accident :

Mère : Tél :	Père : Tél :	Autre : Tél :
-----------------------	-----------------------	------------------------

Numéro de Sécurité Sociale * :

Mutuelle complémentaire * :

Votre médecin de famille * : Tél :

* Joindre les photocopies

Fait à le / /

Signature :