



# BULLETIN D'ADHESION Saison 2024

Licence Elève ou Educateur (**diplômé**)

Ecole de Raseteurs

Je complète le bulletin d'adhésion pour la licence 2024, et j'opte pour les garanties qui prendront effet :

Le 01/02/2024 pour se terminer le 31/01/2025 (Période taurine)

Je suis :  
ELEVE :   
EDUCATEUR (**diplômé**):

**Bulletin d'adhésion à nous retourner complété, signé et accompagné du règlement à la Fédération avant le 31 mars pour bénéficier de l'équipement sportif**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Option 1</b> (voir détail au dos)	<input type="checkbox"/> <b>Option 2</b> (voir détail au dos)
Cotisation Fédérale.....30,00 €	Cotisation Fédérale..... 30,00 €	Cotisation Fédérale.....30,00 €
Individuelle accident..... 51,00 €	Protection juridique, responsabilité civile, décès invalidité et incapacité temporaire.....163,00 €	Protection juridique, responsabilité civile, décès invalidité et incapacité temporaire .....172,00 €
<b>Total .....81,00 €</b>	<b>Total .....193,00 €</b>	<b>Total.....202,00 €</b>

Paiement par chèque libellé à l'ordre de la FFCC ou par virement bancaire aux coordonnées suivantes, en indiquant le nom, prénom et la licence visée :

FFCC – Crédit agricole du Languedoc  
IBAN : FR76 1350 6100 0001 6505 4800 118 / BIC : AGRIFRPP835

**ECOLE DE RASETEURS :** ..... NOUVEL ELEVE : OUI NON Entourer la mention

Je soussigné NOM : ..... Prénom : .....

Adresse.....

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

**E-Mail indispensable** .....

N° téléphone.....N° de portable .....

Date de Naissance ..... et lieu .....Age : .....

Droitier  Gaucher  **Groupe Sanguin obligatoire** .....

### A joindre à la présente :

- ↳ Un certificat médical d'aptitude à l'exercice de mon sport délivré par un médecin du sport et non un généraliste,
- ↳ Une autorisation parentale écrite pour les mineurs non émancipés,
- ↳ 2 photos d'identité,
- ↳ L'attestation de carte vitale ou celle de mes parents.

Signature de l'élève ou encadrement (obligatoire) :

Fait à ..... , le .....

**J'ai une autre licence FFCC, si oui laquelle.....** (Précisez le collègue)

**Dans ce cas, je donne ma voix à** ..... (Précisez le collègue d'adhésion)

Fédération Française de la Course Camarguaise  
485 Rue Aimé Orand  
30000 NIMES  
Tél : 04.66.26.05.35

### Cadre réservé FFCC

Licence n° : 24/.....

Reçu le : .....

Mode règlement : .....

Date encaissement : .....



## Notice d'information Elève ou Educateur (diplômé) école de raseteurs

Document non-contractuel

**Je complète le bulletin d'adhésion pour la licence 2024, et les garanties prendront effet le lendemain du règlement et au plus tôt le 01/02/2024 pour se terminer le 31/01/2025.**

Cette licence est personnelle. Les garanties incluses ne concernent que le sport que j'exerce conformément aux statuts de la FFCC. Les garanties ne sont acquises qu'en cas d'accident survenu dans l'arène ou durant les entraînements encadrés par l'école de raseteurs ou la direction technique fédérale.

**\*La garantie Incapacité temporaire s'exerce dans la limite de la perte de revenu constatée et justifiée.**

Les garanties dont je dispose sont :

<b>Responsabilité Civile</b>	Oui avec une franchise de 150 €
<b>Protection Juridique</b>	Oui notamment en cas d'atteinte à l'intégrité physique, en matière pénale, en cas de litiges liés au cheval et au taureau via le <b>01.30.09.97.32</b>
<b>Décès</b>	Pour un capital de 8 000 €
<b>Incapacité Permanente</b>	Pour un capital de 15 000 € et avec une franchise relative de 15 %

### Option 1

<b>Responsabilité Civile</b>	Oui avec une franchise de 150 €
<b>Protection Juridique</b>	Oui notamment en cas d'atteinte à l'intégrité physique, en matière pénale, en cas de litiges liés au cheval et au taureau via le <b>01.30.09.97.32</b>
<b>Décès</b>	Pour un capital de 8 000 €
<b>Incapacité Permanente</b>	Pour un capital de 15 000 € et avec une franchise relative de 15 %
<b>Aide Pédagogique</b>	Frais de rattrapage scolaire justifiés dans la limite de 200 € par mois pendant 6 mois et après franchise de 20 jours.
<b>Incapacité temporaire</b>	20 euros par jour après franchise de 15 jours et pour une durée maximum de 365 jours de la date de l'évènement.

### Option 2

<b>Responsabilité Civile</b>	Oui avec une franchise de 150 €
<b>Protection Juridique</b>	Oui notamment en cas d'atteinte à l'intégrité physique, en matière pénale, en cas de litiges liés au cheval et au taureau via le <b>01.30.09.97.32</b>
<b>Décès</b>	Pour un capital de 15 000 €
<b>Incapacité Permanente</b>	Pour un capital de 30 000 € et avec une franchise relative de 15 %
<b>Aide Pédagogique</b>	Frais de rattrapage scolaire justifiés dans la limite de 200 € par mois pendant 6 mois et après franchise de 20 jours.
<b>Incapacité temporaire</b>	20 euros par jour après franchise de 15 jours et pour une durée maximum de 365 jours de la date de l'évènement.

En cas de rechute, récurrence, complication, toute prise en charge est conditionnée par l'information et l'accord de l'assureur dans les 10 jours suivant la nouvelle incapacité temporaire.

**Il est rappelé que le sport exercé est dangereux et qu'à ce titre la FFCC recommande impérativement l'usage de protections corporelles et rappelle le devoir de précaution.**

**Tailles pour équipement sportif : (obligatoire) Informations à compléter : \* Cocher la case correspondante**

Veste survêtement \* : 8 ans  10 ans  12ans  14 ans  XS  S  M  L  XL  XXL   
Tee-shirt \* : 8 ans  10 ans  12ans  14 ans  XS  S  M  L  XL  XXL

**A REMPLIR  
IMPERATIVEMENT**

Scolarité : .....  
Diplôme(s) obtenu(s) : .....  
Travail (s'il y a lieu) : .....

Je suis informé que conformément aux dispositions législatives en vigueur, je peux renoncer à bénéficier des garanties individuelles accidents proposées par la FFCC, mais que dans ce cas je dois recopier sur papier libre le texte suivant « *je reconnais avoir été informé des risques encourus lors de l'exercice de mon activité associative et malgré ce je renonce à bénéficier de la protection proposée par la FFCC. Je renonce donc définitivement à tout recours envers la FFCC ainsi que leurs assureurs* ».

## A compléter

### Données RGPD

En signant le présent formulaire, vous vous engagez à autoriser l'utilisation de vos données personnelles telles que votre nom, prénom, numéro de licence et toute information sportive utile à l'information du public, par la FFCC sur son site internet et tout autre support qui lui est lié. En application des art.39 et suivants de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de mise à jour de vos données vous concernant conservées par informatique. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir la communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au secrétariat de la Fédération Française de la Course Camarquaise.

### Déclaration des bénéficiaires en cas de décès :

Mon conjoint, à défaut mes enfants nés ou à naître, par parts égales entre eux, vivants ou représentés, à défaut mes héritiers légaux selon les règles de la dévolution successorale

Autre bénéficiaire

Nom : ..... Prénom : ..... 2<sup>e</sup> prénom : .....

Date de naissance : ..... Ville de naissance : .....

### Déclaration manuscrite à recopier dans le cadre


« je soussigné, Nom, Prénom, déclare avoir pris connaissance des statuts de la FFCC et y adhérer sans réserve. Je reconnais avoir été informé des dispositions législatives en vigueur et figurant, notamment, dans le Code du Sport ».

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature (obligatoire) : \_\_\_\_\_

**Certificat obligatoirement établi par un médecin du sport (article 49 des Règlements Généraux et Sportifs)**

Le médecin peut sous simple demande auprès de la FFCC, se procurer le règlement médical fédéral

	APTE	INAPTE	SURCLASSEMENT	Tampon du médecin

**Note importante à l'attention du médecin :** le candidat à la pratique du sport doit subir une visite complète. En cas de problème, il y a possibilité de demander l'avis du médecin Fédéral. En outre, il y a lieu de sensibiliser l'intéressé sur les problèmes de dopage et la prise de médicaments (prescrits ou auto-médication) pouvant interférer avec des contrôles inopinés. Enfin, il est nécessaire de l'avertir des risques traumatiques sévères liés à la pratique de la course camarguaise (du type consentement éclairé).

Nom : ..... Prénom : ..... date de naissance

**GRUPE SANGUIN OBLIGATOIRE :** ..... (Délivrance d'une ordonnance en cas d'information inconnue)

Vaccination antitétanique le :  (valable 10 ans)

Bilan Cardio vasculaire (ECG éventuel) : TA au repos

Épreuve d'effort : 30 flexions en 45"

(une épreuve maximale d'effort instrumentée est obligatoire après 35 ans)

Pouls au repos :  A l'effort :  Après 1'effort

Capacité vitale mesurée : (ou mesure thoracique).....

Réflexes ostéo tendineux : .....

Appareil locomoteur :	<input type="text"/>	Limitations :	<input type="text"/>	Amputations :	<input type="text"/>	<u>Commentaires en Clair :</u>	
	Mobilité		Motricité		Lésions		
	Dte	Ghe	Dte	Ghe	Dte		Ghe
Bilan							
Epaules							
Membre sup							
Rachis Bassin							
Genoux							
Chevilles							

Acuité auditive : voix chuchotée perçue à 3 m  OUI  NON

Acuité visuelle :

sans correction : Œil Gauche  / 10      Œil Droit  / 10

avec correction : Œil Gauche  / 10      Œil Droit  / 10

Port de lentille

La somme des deux yeux doit être au moins supérieure à  8/10èmes

-----  
Plier et Agrafer pour le secret médical  
-----

					Nom - signature du Médecin du sport et Cachet
<u>Appréciation état général</u>	Excellent	Bon	Moyen	Mauvais	
(Entourer la case)					
<u>Conclusion</u>	<u>Apte</u>	<u>Inapte</u>	<u>Médecin Fédéral sollicité</u>		
<u>Surclassement</u>	<u>Apte</u>	<u>Inapte</u>	<u>Médecin Fédéral sollicité</u>		

Je soussigné, reconnais sincère mes déclarations au médecin et avoir pris connaissance des problèmes inhérents au dopage et aux risques encourus par la pratique de la Course Camarguaise

Nom : .....

Date et signature de l'adhérent

Prénom : .....

**AUTORISATION PARENTALE POUR LES ENFANTS MINEURS**

Je soussigné(e) Monsieur (ou Madame) (précisez le nom),.....  
demeurant (indiquer l'adresse).....  
et agissant en qualité de (père ou mère), autorise mon fils (ou ma fille) (précisez le nom)  
.....et demeurant à la même adresse (ou une autre si  
elle est différente).....  
à pratiquer la course camarguaise au travers de l'école de raseteur où il (ou elle) est affilié(e)

Je certifie avoir l'autorité parentale sur cet enfant.

Signature obligatoire