



# DOSSIER D'INSCRIPTION FOOTBALL AMERICAIN FLAG- Saison 2023-2024

**Bonjour et bienvenue chez Les Avalanches !**

Afin de participer aux entraînements et aux rencontres vous devez fournir au club un dossier de demande de licence **COMPLET**, composé des éléments recensés à la page **suivante**. **LES DOSSIERS INCOMPLETS NE SERONT PAS PRIS EN COMPTES**

---

## BULLETIN D'ADHÉSION

Je soussigné(e)..... Désire adhérer à  
L'association des Avalanches. Je m'engage donc à payer la cotisation annuelle correspondant à ma catégorie. Je me réserve le droit de demander communication et rectification de toutes informations me concernant dans tout fichier à usage de l'association conformément à la loi informatique et liberté 78-17 du 06 janvier 1978. Je m'engage à ne pas tenir responsable le

Club des Avalanches en cas de blessure ou accident, lors d'entraînement que j'effectuerai sans licence et de me servir de mon assurance personnelle pour couvrir l'incident.

**Signature du licencié ou du représentant légal**  
**(Précédée de la mention « lu et approuvé »)**

## Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom Prénom .....

Lien de Parenté.....

Téléphone.....

Adresse mail .....

Profession .....

Nom Prénom .....

Lien de Parenté.....

Téléphone .....

Adresse mail .....

Profession .....



# DOSSIER D'INSCRIPTION FOOTBALL AMERICAIN FLAG- Saison 2023-2024

NOM :

PRENOM :

NUMERO TELEPHONE :

MAIL :

## Pour une licence

- Une photo d'identité
- Photocopie de carte d'identité
- Certificat médical
- Le dossier licence "demande de licence FFFA" (rempli signé)
- Le formulaire sportmut rempli et signé obligatoirement **même si vous ne souscrivez pas**, renseignez-vous si votre mutuel prend en charge la pratique de foot us (rugby), si c'est le cas il n'est pas nécessaire de souscrire
- Le paiement de 120€, possible en 4 chèques à l'ordre des avalanches **ou via hello asso**

## Pour un renouvellement

- Le dossier licence (rempli signé)
- Le formulaire sportmut rempli et signé obligatoirement même si vous ne souscrivez pas, renseignez-vous si votre mutuel prend en charge la pratique de foot us (rugby), si c'est le cas il n'est pas nécessaire de souscrire
- Le paiement de 120€, possible en 4 chèques à l'ordre des avalanches ou via hello asso
- Le questionnaire santé rempli
- certificat médical date de moins de 3 ans

*Joindre un certificat médical à jour si besoin*



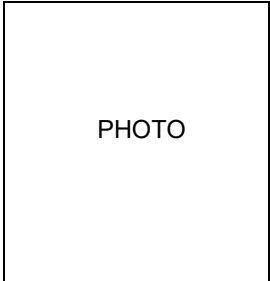
**Le club récompense la participation des  
membres ! en vous remboursant une part de la  
Licence en fin d'année**

- Participation à 2 événements → 15 euros remboursés
- Participation à 3 événements → 25 euros remboursés
- Participation à + de 3 événements → 50 euros remboursés



# DEMANDE DE LICENCE FFFA

## SAISON 2023/2024



Club :

### INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent) :

Prénom :

Sexe : 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 :											
<b>CHOIX DE LA LICENCE</b>											
FOOTBALL AMERICAIN				FLAG FOOTBALL				CHEERLEADING			
Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral		Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral		Catégorie	Case à cocher	Tarif fédéral	
Loisir U12		12,5		Loisir U7		15,6		Loisir Tiny		12,6	
Compétition U12		22,8		Loisir U9		15,6		Loisir Minimé		12,6	
Loisir U14		12,5		Compétition U9		15,6		Compétition Minimé		17,8	
Compétition U14		22,8		Loisir U11		15,6		Minimé surclassé Cadet		17,8	
U14 surclassé U17		57,7		Compétition U11		15,6		Loisir Cadet		17,8	
Loisir U17		12,5		Loisir U13		15,6		Compétition Cadet		17,8	
Compétition U17		57,7		Compétition U13		15,6		Cadet surclassé Junior		17,8	
U17 surclassé U20		57,7		Loisir U15		15,6		Loisir Junior		17,8	
Loisir U20		32		Compétition U15		15,6		Compétition Junior		17,8	
Compétition U20		57,7		U15 surclassé U17		30,8		Junior surclassé en Senior		30,5	
U20 surclassé Senior		64,2		Loisir U17		15,6		Loisir senior		17,8	
Loisir Senior		32		Compétition U17		30,8		Compétition senior		30,5	
Compétition Senior		64,2		U17 surclassé Senior		30,8		Entraîneur		19,1	
Issu d'un championnat majeur		393,8		Loisir Senior		15,6		Dirigeant		19,1	
Entraîneur		19,1		Compétition Senior		30,8		Juge		29,4	
Dirigeant		19,1		Entraîneur		19,1		Bénévole		5,2	
Arbitre		29,4		Dirigeant		19,1					
Bénévole		5,2		Arbitre		29,4					
				Bénévole		5,2					
Total FA :	€			Total Flag :	€			Total Cheer :	€		
<b>TOTAL REVERSE A LA FEDERATION :</b>										Le : / /	

### 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'ayant pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique du : **FOOTBALL AMERICAIN**  en tant que : **Joueur** :

Arbitre :

**FLAG**

en tant que : **Joueur** :

Arbitre :

**CHEERLEADING**

en tant que : **Joueur** :

Arbitre :

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 pour les doubles surclassements, certifié 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, entraînera 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 et de rectification aux données personnelles vous concernant. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la FFFA "administratif@fffa.org".

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

## 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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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) ?		
<b>A ce jour</b>		
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. Simplet 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 :	
<b>Depuis l'année dernière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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"/>
<b>Aujourd'hui</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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](http://www.ffa.org) - [viesportive@ffa.org](mailto:viesportive@ffa.org)

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

Fédération Sportive régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z

## AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'ACCIDENT AVEC OU SANS 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 .....

en compétition, avec autorisation médicale pour la saison 2023-2024 au sein de l'association

sportive : .....

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

**Signature :**

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 2023-2024 au sein de l'association sportive : .....

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

**Signature :**

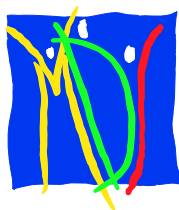
### Fédération Française de Football Américain

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](http://www.ffa.org) - [ffa@ffa.org](mailto:ffa@ffa.org)

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

Fédération Sportive régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z



## DEMANDE D'ADHESION

*(l'adhérent est toujours le licencié)*

M.  Mme  Melle  Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de Jeune Fille : ..... Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Profession (nature exacte) : .....  
 Téléphones : fixe ..... mobile .....  
 Email : .....  
 Association sportive par laquelle ou au titre de laquelle le régime de base a été souscrit : .....

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat "SPORTMUT" ayant pour objet de proposer des garanties complémentaires en sus du régime de prévoyance de base souscrit, pour le compte de ses licenciés, par la Fédération Française de Football Américain auprès de la M.D.S. en cas de dommage corporel suite à un accident garanti.

J'ai décidé  d'adhérer à SPORTMUT  
 de ne pas y adhérer

Date limite de l'adhésion : 60<sup>ème</sup> anniversaire  
 Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré :  
 mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou mon concubin notoire, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.  
 Autres dispositions : .....

FORMULE DE GARANTIES CHOISIE					COTISATION ANNUELLE € T.T.C.
Formule A :	A 1 <input type="checkbox"/>	A 2 <input type="checkbox"/>	A 3 <input type="checkbox"/>	A 4 <input type="checkbox"/>	(correspondant au choix retenu)
Formule B :	B 1 <input type="checkbox"/>	B 2 <input type="checkbox"/>	B 3 <input type="checkbox"/>	B 4 <input type="checkbox"/>	
Formule C :	C 1 <input type="checkbox"/>	C 2 <input type="checkbox"/>	C 3 <input type="checkbox"/>	C 4 <input type="checkbox"/>	
Formule D :	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>	
Formule E :	E 1 <input type="checkbox"/>	E 2 <input type="checkbox"/>	E 3 <input type="checkbox"/>	E 4 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autres choix : ..... .....					_ _ _ _ _ ,  _ _ _ _ _  € Sera déterminée après consultation de la M.D.S.

Je certifie sur l'honneur ne pas être atteint(e) d'une infirmité ou d'un handicap. Au cas contraire prendre contact avec la M.D.S.  
 Je suis informé(e) que la loi du 6 janvier 1978 « Informatique et Liberté » me donne le droit de demander communication et rectification de toutes informations me concernant qui figureraient sur tout fichier de la Fédération ou de la M.D.S. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la M.D.S. indiquée ci-dessous.

Fait à ..... le .....

Signature de l'adhérent\*

Cachet de la Fédération ou de l'Association Sportive

\* faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé"





## TABLEAU DES CATEGORIES D'AGES FOOTBALL AMERICAIN SAISON 2023-2024



CATEGORIES	U6	U8	U10	U12	U14	U17	U20	SENIOR
Années de Naissance	2019 - 2018	2017 - 2016	2015 - 2014	2013-2012	2011-2010	2009 - 2008 - 2007	2006 - 2005 -2004	2003 - 2002 - 2001 etc.
Surclassements simples	Pas de surclassement	Pas de surclassement	Pas de surclassement	Pas de surclassement	Pas de surclassement	Année 2007	Année 2004	
Surclassements doubles (après validation DTN)	Pas de surclassement double	Pas de surclassement double	Pas de surclassement double	Pas de surclassement double	Pas de surclassement double	Année 2008 (après validation de la DTN)	Année 2005 (après validation de la DTN)	
<b>5v5</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>7v7</b>				<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>9v9</b>						<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>11v11</b>						<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>LOISIR</b>	<b>Prise de licence Flag Football</b>			<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>COMPETITION</b>				<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

# Autorisation d'usage à des fins thérapeutiques (AUT)

Formulaire de demande

## 1. Renseignements sur le (la) sportif(ve)

À remplir en lettres majuscules par l'intéressé(e) ou son représentant légal

Toutes les mentions obligatoires sont identifiées par un astérisque (\*).

<b>Nom *</b> :		<b>Prénom *</b> :	
Identité du représentant légal pour les mineurs ou majeurs protégés <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> autre :			
<b>Nom *</b> :		<b>Prénom *</b> :	
<b>Sexe *</b> : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		<b>Date de naissance *</b> (jj/mm/aaaa) : ___ / ___ / _____	
<b>Adresse *</b> :			
<b>Code Postal *</b> :		<b>Ville *</b> :	<b>Pays *</b> :
<b>Tél. *</b> :		<b>Courriel</b> :	
<b>Fédération *</b> :		<b>N° Licence</b> :	
<b>Sport *</b> :		<b>Discipline</b> :	
<b>Sportif inscrit sur la liste des SHN</b> :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Niveau de compétition le plus élevé atteint au cours de la présente saison sportive :</b>			
<input type="checkbox"/> PROFESSIONNEL <input type="checkbox"/> NATIONAL <input type="checkbox"/> RÉGIONAL <input type="checkbox"/> DÉPARTEMENTAL			
<b>Vous participez à des compétitions internationales, l'AMA ou votre fédération internationale vous a informé que vous faisiez partie des sportifs soumis à leurs contrôles *</b>			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<b>Première compétition pour laquelle vous souhaitez bénéficier de cette autorisation *</b>			
<b>Date</b> (jj/mm/aaaa) : ___ / ___ / _____		<b>Compétition</b> :	
<b>Si handicap, précisez lequel *</b> :			

- Votre formulaire doit être complété lisiblement en français ou en anglais.
- La demande doit être accompagnée d'un **chèque d'un montant de 30 €** libellé à l'ordre de : « agent comptable de l'AFLD », correspondant à la participation forfaitaire aux frais d'instruction. Le rejet de la demande d'AUT n'ouvre pas droit au remboursement de cette participation.
- Sauf urgence médicale, état pathologique aigu ou circonstances exceptionnelles, le dossier **complet** de la demande doit être déposé **trente jours avant la première compétition** pour laquelle l'autorisation est demandée.

Après avoir complété le formulaire, le (la) sportif(ve), ou son représentant légal s'il est mineur ou majeur protégé, doit le transmettre à l'AFLD par **courrier avec accusé de réception** et en conserver la copie.

Le dossier est à envoyer à :

**AFLD - Service médical**  
**8 rue Auber, 75009 PARIS**  
ou par **télécopie** au 01 40 62 76 83 ou email à [service.medical@aflD.fr](mailto:service.medical@aflD.fr)

Pour toute demande d'information contacter le service médical au 01 40 62 72 59

Si le dossier de demande est incomplet, l'AFLD notifiera les pièces manquantes. Le délai de vingt-et-un jours pour examiner le dossier ne commence qu'à la réception par l'AFLD de l'ensemble des pièces nécessaires.

**Des informations sous forme de [FAQ](#) sont consultables sur le site [www.aflD.fr](http://www.aflD.fr) dans la rubrique :**

[Espace Sportif/ Être sportif responsable / Effectuer une demande d'AUT](#)

## 2. Demandes antérieures

À remplir en lettres majuscules par l'intéressé(e) ou son représentant légal

<b>Avez-vous déjà demandé une AUT * ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<b>À quel organisme * ?</b>	<b>À quelle date ?</b>	
<b>Pour quelle(s) substance(s) ou méthode(s) * ?</b>		
<b>Décision * :</b>	<input type="checkbox"/> Acceptée	<input type="checkbox"/> Refusée

## 3. Renseignements médicaux

À remplir par le médecin de votre choix

Les preuves médicales justifiant la présente demande doivent être jointes à celle-ci ; elles doivent inclure l'histoire médicale et les résultats de tout examen pertinent, les analyses de laboratoire et d'imagerie. Les copies des rapports originaux ou des courriers doivent être également jointes. L'Agence mondiale antidopage tient à jour une série de lignes directrices visant à aider les médecins dans la préparation de demandes d'AUT. Il est possible de consulter ces documents, en saisissant le terme de recherche « Informations médicales » sur le site web de l'AMA (<https://www.wada-ama.org>).

**Diagnostic argumenté avec l'information médicale nécessaire \* :**

**Lorsqu'une substance autorisée ne peut être adaptée au traitement de la pathologie, fournir un argumentaire clinique justifiant l'utilisation de médicaments contenant une substance interdite \* :**

## 4. Médicament(s) concerné(s)

À remplir par le médecin de votre choix

### RECHERCHE DE SUBSTANCE INTERDITE DANS UN MÉDICAMENT

En cas de doute sur la présence d'une substance interdite dans un médicament, vous pouvez consulter le moteur de recherche du site internet de l'AFLD en cliquant sur cette adresse : <http://medicaments.aflld.fr/>

Nom du médicament *	Substance active selon la dénomination commune internationale *	Posologie *	Voie d'administration *	Fréquence d'administration *
1				
2				
3				
4				

**Précisez la date de début du traitement (jj/mm/aaaa) et sa durée \* :**

## 5. Demande à effet rétroactif

À remplir par le médecin de votre choix

S'agit-il d'une demande à effet rétroactif ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé (jj/mm/aaaa) ? ___ / ___ / _____		
Veuillez indiquer la raison de la demande comportant un effet rétroactif :		
<input type="checkbox"/> Un traitement d'urgence ou le traitement d'un état pathologique aigu a été nécessaire.		
<input type="checkbox"/> En raison d'autres circonstances exceptionnelles, le sportif(ve) n'a pas eu le temps ou l'occasion de soumettre une demande d'AUT avant le contrôle anti-dopage.		
Autre raison :		

## 6. Déclaration du médecin

À remplir par le médecin de votre choix

Je soussigné(e) *, _____ (Nom et prénom du médecin),	
certifie que le traitement mentionné au 4. est médicalement adapté à l'état clinique du sportif, et que d'autres médicaments alternatifs n'apparaissant pas dans la liste des interdictions ne peuvent se substituer au traitement présent.	
<b>Spécialité du médecin *</b> : _____	
<b>Adresse *</b> : _____	
<b>Tél. :</b> _____	<b>Télécopie :</b> _____
<b>Courriel :</b> _____	
<b>Signature du médecin *</b> : _____	<b>Date *</b> : ___ / ___ / _____ (jj/mm/aaaa)
<b>Tampon *</b> : _____	

### DURÉE DE VALIDITÉ ET CONDITIONS DE RENOUELEMENT :

**1°)** L'autorisation d'usage à des fins thérapeutiques est délivrée pour une durée qui, en principe, ne peut excéder **un an** ([article D.232-77 du code du sport, premier alinéa](#)).

**2°)** Toutefois, s'il s'agit d'un **état pathologique chronique**, elle peut être accordée pour une durée supérieure sans que celle-ci puisse excéder **quatre ans**. ([art D.232-77, deuxième alinéa](#)).

Dans le cas où l'autorisation est d'une durée inférieure ou égale à un an, tout renouvellement est assujéti à la présentation d'un dossier de nouvelle demande.

Dans le cas de pathologie chronique ouvrant la possibilité d'une durée pouvant aller jusqu'à quatre ans, le titulaire de l'autorisation est tenu de porter à la connaissance de l'AFLD dans les meilleurs délais chaque nouvelle prescription de la substance en cause, et au plus tard à l'échéance de chaque année suivant la délivrance de l'autorisation. A défaut, l'autorisation cessera de produire effet.

L'AFLD se réserve le droit de demander toute pièce justificative qu'elle juge utile à l'examen du dossier.

**3°)** Le sportif est invité à porter à la connaissance de l'AFLD tout changement portant sur les renseignements fournis au titre du 1. ci-dessus.

## 7. Information du sportif

Conformément à [l'article 32 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978](#) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le sportif auteur de la demande est informé de l'autorisation par le [décret n° 2015-1609 du 7 décembre 2015](#) d'un traitement automatisé des catégories de données ci-après :

- 1) Données relatives à son état civil :
  - a) Nom et prénom ;
  - b) Date de naissance ;
  - c) Sexe ;
- 2) Indication de la discipline sportive pour l'exercice de laquelle l'autorisation est sollicitée ;
- 3) Mention de la pathologie dont le traitement a justifié l'octroi de l'autorisation ;
- 4) Données relatives à la substance autorisée, sa posologie et sa voie d'administration ou la méthode à laquelle elle se rapporte ;
- 5) Date de délivrance de l'autorisation et sa durée de validité ;
- 6) Mention de l'autorité l'ayant délivrée.

(cf. [article R.232-85-4 du code du sport](#))

## 8. Signature(s) :

*À remplir par l'intéressé(e) et son représentant légal*

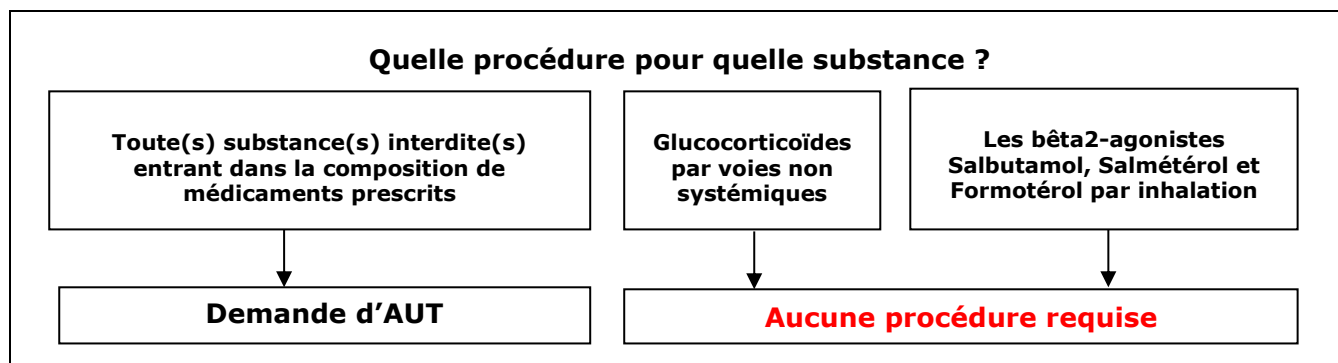
- du (de la) sportif(ve) \* :

Date \* : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

- du représentant légal pour les mineurs  
ou majeurs protégés \* :

Date \* : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

## CONDITIONS DE PRISE EN COMPTE DES DEMANDES



La réponse sera adressée au sportif, ou à son représentant légal pour les mineurs ou majeurs protégés.

### Éléments de nature médicale pour tous les dossiers

<b>Traitement</b>	<b>Justificatifs médicaux recommandés</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Nom commercial du médicament</li><li>➤ Dénomination de la substance interdite</li><li>➤ Posologie</li><li>➤ Voie et fréquence d'administration</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Antécédents personnels du patient</li><li>➤ Histoire de la maladie et présentation clinique</li><li>➤ Photocopie des examens complémentaires</li><li>➤ Photocopie des ordonnances</li></ul>

### Pièces supplémentaires à fournir dans les hypothèses suivantes :

**1. Maladie asthmatique et asthme induit par l'exercice :**

- Exploration fonctionnelle respiratoire, incluant les courbes de mesures ;
- Test d'hyperréactivité bronchique, incluant les courbes de mesures ;
- Test de réversibilité sous bêta-2 agonistes, incluant les courbes de mesures.

**2. Diabète :**

- Extrait du dossier initial d'hospitalisation ;
- Bilan biologique ;
- Suivi Hb1Ac, bilan urinaire ;
- Bilan d'extension micro vasculaire.

**3. Hypertension artérielle (HTA) :**

- Mesure ambulatoire de la pression artérielle sur une durée de vingt-quatre heures ;
- Échographie cardiaque ;
- Résultat d'une épreuve d'effort ;
- Électrocardiogramme (avec 12 dérivations de repos).

**4. Retards de croissance ou pubertaires et déficit en hormone de croissance :**

- Bilans biologiques avec taux Igf1 ;
- La courbe de croissance, la courbe d'âge et de poids, l'âge osseux ;
- Projet thérapeutique complet et objectif souhaité.

**5. Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité (TDAH) :**

- Critères cliniques de diagnostic tels que définis dans le DSM-V ;
- Évaluation par questionnaires spécifiques (Echelle de Connors) ou par entretien structurés (SNAP, DISC-IV, K-SADS, ou autre) ;
- Un ou plusieurs des bilans psychologiques réalisés.

NB. Les examens médicaux doivent dater de quatre ans au plus pour les pathologies asthmatiformes et de deux ans au plus dans les autres cas.

# TABLEAU DES CATEGORIES D'AGES FLAG FOOTBALL SAISON 2023-2024



CATEGORIES	U7	U9	U11	U13	U15	U17	SENIOR
Années de Naissance	2019 - 2018 - 2017	2016 - 2015	2014 - 2013	2012-2011	2010-2009	2008 - 2007	2006 - 2005 - 2004 etc.
Surclassements simples	Pas de surclassement	Pas de surclassement	Année 2013	Année 2011	Année 2009	Année 2007	
Surclassements doubles (après validation DTN)	Pas de double surclassement	Pas de double surclassement	Pas de double surclassement	Pas de double surclassement	Pas de double surclassement	Année 2008 (après validation DTN)	
<b>5v5</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>7v7</b>				<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>LOISIR</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>COMPETITION</b>				<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>

# TABLEAU DES CATEGORIES D'AGES CHEERLEADING

## SAISON 2023-2024



CATEGORIES		TINY	MINIME	CADET	JUNIOR	SENIOR			
Années de Naissance		2020 - 2019 - 2018 - 2017	2016 - 2015 - 2014 - 2013	2012 - 2011 - 2010	2009 - 2008 - 2007 - 2006	2005 - 2004 - 2003 etc...			
Surclassements illimités		Pas de surclassement		2013	2012 - 2011 - 2010	2008 - 2007 - 2006			
<b>CHEERLEADING</b>	Novice	Fermé au Championnat  Catégorie qui suit la réglementation du BEGINNER	Qualifications + Finale						
	Intermediaire		Qualifications + Finale						
	Médian					Qualification + finale			
	Avancé					Qualification + finale			
	Elite All Girl							Qualification Finale International	
	Elite COED								
<b>PERFORMANCE CHEER</b>					Finale				



# SPORTMUT

Contrat collectif complémentaire de prévoyance  
au bénéfice des licenciés de la Fédération Française de Football Américain

## NOTICE D'INFORMATION

En adhérant à SPORTMUT vous pouvez bénéficier de garanties complémentaires en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique du ou des sports déclarés sur la demande d'adhésion :

### UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :

Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'IPP égale à 100%. Ce capital est réduit lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 100 %.

**Aucun capital n'est versé pour un taux d'IPP inférieur ou égal à 5 %.**

### DES INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE:

Elles vous sont versées mensuellement à terme échu, après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise.

**La période de franchise n'est pas indemnisée.** La durée d'indemnisation est de 365 ou de 1095 jours selon votre choix.

**Quelle que soit la durée d'indemnisation choisie, l'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de votre état de santé.**

Vous ne pouvez choisir un montant de garantie qui vous ferait bénéficier en arrêt de travail de ressources supérieures à celles dont vous disposez en période d'activité.

Un justificatif de revenus est exigé.

UN CAPITAL DECEES : qui sera versé au bénéficiaire désigné.

### FORMULES ENFANT :

Seules les formules marquées d'un astérisque (\*) dans le tableau figurant ci-dessous peuvent être souscrites pour les mineurs de moins de 12 ans.

Pour les mineurs de moins de 18 ans, le bulletin devra être revêtu de leur signature et de la signature des parents ou des représentants légaux.

### FORMULE + DE 60 ANS :

Seule la formule marquée de deux astérisques (\*\*) dans le tableau figurant ci-dessous peut être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins de 65 ans.

## MODALITES D'ADHESION

Des formules de garanties pré-tarifées vous sont proposées ci-dessous.

Si l'une de ces formules vous convient, vous pouvez remplir la demande d'adhésion et l'adresser à la M.D.S. accompagnée de votre règlement. A réception, la M.D.S. vous adressera un certificat d'adhésion accompagné des conditions générales du contrat SPORTMUT. Vous disposerez alors d'un délai de 40 jours pendant lequel vous pourrez renoncer à votre adhésion. Passé ce délai votre adhésion deviendra définitive.

FORMULES	CAPITAL DECEES	CAPITAL INVALIDITE (100 % IPP)	INDEMNITES JOURNALIERES	COTISATION GLOBALE(TTC)	
A 1*		30 489,80 €		5,00 €	<b>Dans toutes ces formules, les indemnités journalières sont versées à compter du 31<sup>ème</sup> jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4<sup>ème</sup> jour en cas d'hospitalisation et ce, jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours.</b>
A 2**	15 244,90 €	30 489,80 €		6,30 €	
A 3	15 244,90 €		7,62 €/Jour	21,70 €	
A 4	15 244,90 €	30 489,80 €	7,62 €/Jour	26,60 €	
B 1*		60 979,61 €		9,90 €	
B 2	30 489,80 €	60 979,61 €		12,60 €	
B 3	30 489,80 €		15,24 €/Jour	43,30 €	
B 4	30 489,80 €	60 979,61 €	15,24 €/Jour	53,10 €	
C 1*		91 469,41 €		14,80 €	
C 2	45 734,71 €	91 469,41 €		18,90 €	
C 3	45 734,71 €		22,87 €/Jour	64,90 €	
C 4	45 734,71 €	91 469,41 €	22,87 €/Jour	79,70 €	
D 1*		121 959,21 €		19,70 €	
D 2	60 979,61 €	121 959,21 €		25,20 €	
D 3	60 979,61 €		30,49 €/Jour	86,50 €	
D 4	60 979,61 €	121 959,21 €	30,49 €/Jour	106,10 €	
E 1*		152 449,02 €		24,60 €	
E 2	76 224,51 €	152 449,02 €		31,50 €	
E 3	76 224,51 €		38,11 €/Jour	108,10 €	
E 4	76 224,51 €	152 449,02 €	38,11 €/Jour	132,70 €	

Ces cotisations tiennent compte des taxes en vigueur.

MDS JUILLET 2013 / DISQUE O / FEDERATIONS

(\*) Options réservées aux mineurs âgés de moins de 12 ans.

(\*\*) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 60 ans et moins de 65 ans.

Les cotisations sont annuelles. Le non renouvellement de la cotisation par l'assuré met fin de plein droit à l'adhésion 40 jours après le terme principal de la dernière échéance.

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité.