ANNEXE 1 – QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR MINEUR

Ce questionnaire de santé permet de savoir s'il est nécessaire de fournir un certificat médical

CES DONNÉES SONT CONFIDENTIELLES ET NE SONT PAS DESTINÉES AU CLUB

Note à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : il est préférable que ce questionnaire soit complété par l'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 ?
Le questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds **OUI** ou **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 ☐ Tu es un garçon ☐ Ton âge : _____ ans

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		
As-tu été opéré(e) ?		
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		
As- tu perdu connaissance (es tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé) ?		
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents obligeant d'arrêter un moment une séance ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer **pendant** un effort par rapport à d'habitude ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer **après** un effort ?		
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		
As-tu commencer à prendre un nouveau médicament tous les jours et longtemps ?		
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		
DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)	**OUI**	**NON**
Te sens-tu très fatigué(e) ?		
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?		
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		
Te sens-tu triste ou inquiet		
Pleures-tu plus souvent ?		
Ressens-tu une douleur, un manque de force à cause d'une blessure cette année ?		
AUJOURD'HUI	**OUI**	**NON**
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		
QUESTIONS A 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 ?		
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop, pas assez ?		
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin *(examen médical prévu à l'âge de 2, 3, 4, 5 ans, entre 8, 9 ans, entre 11, 13 ans et entre 15 et 16 ans) ?*		

Si tu as répondu OUI à au moins une question, 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.

Si tu as répondu NON à toutes les questions tu n'as pas besoin de fournir un certificat médical
(sauf pour le grappling fight et le sambo combat ou un certificat médical spécifique est nécessaire).

ANNEXE 2 – QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR MAJEUR

Ce questionnaire de santé permet de savoir s'il est nécessaire de fournir un certificat médical pour renouveler votre licence

CES DONNÉES SONT CONFIDENTIELLES ET NE SONT PAS DESTINÉES AU CLUB

Ce questionnaire ne concerne pas les **nouveaux licenciés** et ceux souhaitant pratiquer le **grappling fight** ou le **sambo combat** qui doivent nécessairement fournir un certificat médical chaque saison.

DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?		
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	OUI	NON
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 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

Le certificat médical fourni pour l'une des 2 précédentes saisons est encore valable. Vous n'avez pas à fournir un nouveau certificat médical

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions

Le certificat médical en annexe 3 est à fournir au club dûment complété par un médecin.

ANNEXE 3 – CERTIFICAT MÉDICAL

Pris en application des articles L.231-2 et L.231-3 du Code du Sport

Ce certificat médical, établi par un médecin de votre choix, doit être daté de moins d'un an au moment de la demande de création ou de renouvellement de licence.

Je soussigné, Médecin *(Nom Prénom)* :

……

Demeurant à :

……

Certifie avoir examiné ce jour M. / Mme *(Nom prénom) :*

……

Né(e) le ……. /…… /…….. Demeurant à :

……

……

Et n'avoir pas constaté de contre-indication à la pratique à l'entrainement et en compétition des disciplines suivantes :

☐ **LUTTE** ☐ **GRAPPLING*** ☐ **SAMBO***

** **Pour le Sambo combat et le Grappling fight** un certificat médical spécifique est à fournir (cf. annexe 4).*

** **Pour la pratique compétitive vétéran** un certificat médical spécifique est à fournir (cf. annexe du règlement des compétitions individuelles).*

Fait à …….. Le …….. / …….. / ……

Cachet du médecin *Signature du médecin*

CONDITIONS MÉDICALES POUR LA PRATIQUE ET LA PARTICIPATION AUX COMPÉTITIONS DE SAMBO COMBAT ET GRAPPLING FIGHT

Certificat à fournir, avec le bulletin d'adhésion au président du club lors de l'inscription

CERTIFICAT MÉDICAL SAMBO COMBAT

POUR LA PRATIQUE EN COMPÉTITION DE SAMBO-COMBAT À PARTIR DE LA CATÉGORIE CADET (U16)

À partir de la catégorie d'âge cadet (U16), les participants à une compétition de Sambo-combat devront être en possession d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du Sambo-combat en compétition datant de moins d'un an, établi par un médecin titulaire d'un C.E.S., d'un D.E.S.C. ou d'une capacité en médecine et biologie du sport (cachet, entête ou inscription par le médecin faisant foi).

L'examen médical devra notamment obligatoirement comporter :

- **Un examen neurologique et de la santé mentale**
- **Un examen ophtalmologique : acuité visuelle et champ visuel.**

Textes de références :

- *Décret n° 2016-1157 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique;*
- *Arrêté du 24 juillet 2017 fixant les caractéristiques de l'examen médical spécifique relatif à la délivrance du certificat médical de non-contre- indication à la pratique des disciplines sportives à contraintes particulières*

CERTIFICAT MÉDICAL GRAPPLING FIGHT

Les participants à une compétition de Grappling devront être en possession d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du Grappling en compétition datant de moins d'un an, établi par un médecin titulaire d'un C.E.S. (cachet, entête ou inscription par le médecin faisant foi).

POUR LA PRATIQUE ET LA COMPÉTITION DE GRAPPLING FIGHT

Les participants doivent présenter les examens médicaux qui devront obligatoirement comporter les éléments suivants :

- **Un certificat médical de non contre-indication à la pratique en compétition**
- **Un examen d'acuité visuel**
- **Un examen de champs visuel**

ANNEXE 5 – DEMANDE D'ADHÉSION SPORTMUT LUTTE

Contrat collectif de prévoyance complémentaire réservé aux licenciés de la FFDA bénéficiant auprès de la MDS de garanties collectives de base

Assuré : M. ☐ Mme. ☐ Mlle. ☐ *(l'adhérent est toujours l'assuré)*

Nom : _____ Nom de Jeune Fille : _____ Prénoms : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____

Date de naissance : _____ Profession (nature exacte) : _____

Association sportive d'appartenance de l'assuré : _____

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 cas de dommage corporel suite à un accident de sport survenu pendant la pratique de la lutte **en sus du régime de prévoyance de base** dont je suis déjà bénéficiaire auprès de la M.D.S. de par mon affiliation à la FF LUTTE

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

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 concubin notoire ou mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes héritiers légaux.

☐ Autres dispositions :

_____

_____

Cocher la formule choisie	Capital Décès	Capital Invalidité (pour 100 % d'invalidité)	Indemnités Journalières	Cotisation Globale annuelle TTC	
☐ *	-	30 500 €	-	6,30 €	Dans toutes ces formules, les indemnités journalières sont versées à compter du 31ème jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4ème jour en cas d'hospitalisation et ce jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours.
☐ **	15 250 €	30 500 €	-	7,70 €	
☐	15 250 €	-	8 €/Jour	17,70 €	
☐	15 250 €	30 500 €	8 €/Jour	20,60 €	
☐ *	-	61 000 €	-	9,30 €	
☐	30 500 €	61 000 €	-	12,00 €	
☐	30 500 €	-	16 €/Jour	32,00 €	
☐	30 500 €	61 000 €	16 €/Jour	38,00 €	
☐ *	-	91 500 €	-	12,20 €	
☐	45 750 €	91 500 €	-	16,40 €	
☐	45 750 €	-	24 €/Jour	46,40 €	
☐	76 250 €	152 500 €	38 €/Jour	89,80 €	

(*) Options réservées aux mineurs âgés de moins de 12 ans
(**) Seule formule pouvant être accordée aux personnes âgées de plus de 65 ans

Si les formules indiquées dans le tableau ci-dessus ne sont pas adaptées à vos souhaits, vous pouvez en choisir d'autres : il vous suffit de contacter la M.D.S.

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

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 les renseignements contenus dans ce formulaire peuvent faire l'objet d'un traitement informatique par la FF LUTTE et que je possède un droit d'accès et de rectification (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux fichiers et aux libertés). Ce droit peut être exercé à l'adresse de la MDS indiquée ci-dessous..

Fait à _____, le _____ Cachet de la Fédération ou de l'Association affiliée

Signature de l'adhérent *(précédée de la mention « lu et approuvé »)*

2/4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - Tél. : 01 53 04 86 86 - Fax : 01 53 04 86 87

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Mutuelle immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n° 422 801 910

CONTRAT COLLECTIF DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE RÉSERVÉ AUX LICENCIÉS DE LA FFLDA BÉNÉFICIANT AUPRÈS DE LA MDS DE GARANTIES COLLECTIVES DE BASE

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 de la lutte :

UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE

Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'invalidité 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'invalidité inférieur ou égal à 5%.***

DES INDEMNITÉS JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Garantie ne pouvant être souscrite que si vous exercez une activité professionnelle rémunérée régulière.

Les indemnités vous sont versées mensuellement à terme échu, dans la limite de la perte de revenus réelle et du montant de garantie souscrit (sous déduction des indemnités versées par le(s) régime(s) de prévoyance et de celles attribuées au titre de la loi sur la mensualisation et de la convention collective applicable), après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise.

La période de franchise n'est pas indemnisée. 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 DÉCÈS

Versé au bénéficiaire désigné.

FORMULES ENFANT

Seules les formules marquées d'un astérisque ***(*)*** *dans le tableau figurant au recto peuvent être souscrites pour les mineurs de moins de 12 ans,*

Pour les mineurs âgés de 12 à 18 ans, le bulletin devra être revêtu de la signature de ceux-ci et de celle des parents ou des représentants légaux.

FORMULE PLUS DE 65 ANS

Seule la formule marquée de deux astérisques ***(**)*** *dans le tableau figurant au recto peut être souscrite par les personnes âgées de plus de 65 ans.*

MODALITÉS D'ADHÉSION

Des formules de garanties pré-tarifées vous sont proposées, comme indiqué au recto.
Si l'une de ces formules vous convient, vous pouvez remplir la demande d'adhésion et l'adresser à la MDS accompagnée de votre règlement (*).

A réception il vous sera adressé 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.

Si ces formules ne sont pas adaptées à vos souhaits, vous pouvez en choisir d'autres : il vous suffit de contacter la M.D.S.

(*) Les garanties prennent effet le lendemain de l'envoi de la demande d'adhésion accompagnée du règlement de l'option choisie.