



# UNION SAINT-BRUNO - SAISON 20 / 20

Maison de Quartier 49, rue Brizard - 33000 BORDEAUX

TÉL. : 05 56 96 33 53

FAX : 05 56 93 01 65

COURRIEL : [usb@saint-bruno.org](mailto:usb@saint-bruno.org)

SITE : <https://www.saint-bruno.org>



## FICHE ADHÉSION & COTISATION

Inscription à la section :

☐

MINEUR

☐

MAJEUR

Catégorie / Groupe :

NOM :

Prénom :

☐

Fille

☐

Garçon

Date de naissance :

École & Classe (si mineur) :

Adresse :

CP :

Ville :

Tél Dom :

N° Portable :

(Si contact direct possible)

Autorise à envoyer des messages d'informations à l'adresse

mail mentionnée (en MAJUSCULES) :

☐☐

Autorise la captation et diffusion de toutes les photographies ou vidéos prises par l'association, de moi (et ou) de mes enfants dans la cadre des activités du Club et ce durant la période de mon adhésion :

☐☐

### Si mineur

Je soussigné(e) :

Autorise mon enfant :

A quitter seul le lieu de son activité :

☐☐

Responsable légal 1 :

courriel :



Adresse : (si différente de l'enfant)

CP :

Ville :

Responsable légal 2 :

courriel :



Adresse : (si différente de l'enfant)

CP :

Ville :

Autre personne à prévenir en cas d'urgence :



### ADHÉSION ANNUELLE À L'UNION SAINT-BRUNO.

**NON REMBOURSABLE**

Cette saison, êtes vous déjà adhérent dans une autre activité :

☐☐

Si oui, laquelle ?

Autre personne du foyer familial adhérente cette saison

NOM :

Prénom :

Section :

Règlement de l'adhésion à l'association OBLIGATOIREMENT séparé de la cotisation attribuée à la section

1er membre du foyer : ☐ 37 €

À partir du 2ème membre du foyer : ☐ 17 €

☐ N° Chèque :

Banque :

☐

Espèces :

€

### COTISATION ANNUELLE À LA SECTION DE L'UNION SAINT-BRUNO

**NON REMBOURSABLE**

Renouvellement :

☐☐

Si oui, année d'inscription :

Venez vous d'un autre club ? ☐ NON ☐ OUI

Si oui lequel :

N° de licence :

Sections sportives : Date du **certificat médical obligatoire à joindre** :

Montant de la cotisation :

€ Dont, Espèces :

€ Chèque :

€ Autre :

€

Banque :

N° chèque(s) :

**J'ai lu et j'accepte les conditions d'assurance et le règlement intérieur.**

Bordeaux, le

**Signature.**

(Parent, tuteur ou représentant légal pour les mineurs)



## EXTRAIT DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le RÈGLEMENT INTÉRIEUR GÉNÉRAL s'applique indistinctement à l'ensemble des membres Actifs, des Adhérents, Utilisateurs, Invités, etc.... que leur présence soit régulière, provisoire ou momentanée.

*La totalité de ce RÈGLEMENT INTÉRIEUR GÉNÉRAL peut être consultée au siège de l'Union Saint-Bruno.*

### Le montant de l'adhésion et de la cotisation est acquis et non remboursable.

Les sommes versées au titre des cotisations et des prestations sont définitivement acquises à l'association. Dans le cas d'un transfert de cotisation entre deux sections sportives, le montant de la licence, (acquise, pour des raisons d'assurance à la Fédération Sportive de la section de départ) doit être remboursé par le demandeur du transfert.

Il incombe, entre autres, au Président d'une Section de n'autoriser la participation de l'adhérent à l'entraînement, à la compétition ou à une manifestation avec la Section que dans la mesure où les formalités nécessaires auront été accomplies (autorisation à mineur, adhésion, cotisation et **production d'un certificat médical dans le cas d'une demande de licence sportive**, etc.).

Les membres adhérents ou, pour les mineurs, leurs responsables s'interdisent de quelque façon que ce soit, directement ou indirectement, de porter ou de tenter de porter préjudice à l'Association tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de ses locaux.

### ARTICLE 18 – Responsabilités de l'association :

L'Union Saint-Bruno ne peut répondre éventuellement, que des fautes dont la responsabilité lui incombe du fait de ses locaux, de son personnel, de ses bénévoles etc., ou pour toute raison reconnue la mettant en jeu.

Dans le cadre des horaires fixés pour les cours, activités, séances d'entraînement, école de sports, stages etc.... L'association a la responsabilité de ce qui survient à ses adhérents à l'exclusion des conséquences résultant, pour son auteur, de faits répréhensibles : accidents ou blessures dus à une action délibérée telle que désobéissance, violences, etc.... et également pour les mineurs de quitter les installations avant la fin des activités sans autorisation.

### ARTICLE 19 – Responsabilité des adhérents, utilisateur ou autres :

#### a) Responsabilité civile :

Chaque adhérent ou autre est responsable de tout préjudice occasionné de son fait à autrui (tiers, membres de l'Association de l'encadrement ou du personnel) ou aux biens de l'association. Il sera tenu à réparation et dédommagement s'il y a lieu, personnellement ou/et en faisant intervenir son assurance en responsabilité civile « chef de famille » qu'il devra justifier sur simple demande de l'association.

#### b) Perte, vol ou dégradation d'objets, vêtements, valeurs, matériels :

Les objets, vêtements, matériels, valeurs ou autres de quelque nature que ce soit, apportés dans les locaux ou installations de l'Association, etc... sont sous l'entière responsabilité de leurs propriétaires ou détenteurs. L'association ne pourra être tenue responsable en cas de vol dégradation, perte etc...

### ARTICLE 20 - Responsabilités particulières / enfants mineurs :

a) Les parents, tuteurs etc. d'enfants mineurs, restent entièrement responsables devant l'Association ou les tiers de la conduite des enfants dont ils ont la charge.

d) En amenant l'enfant sur le lieu convenu, le parent ou le responsable de l'enfant s'assurera de la présence effective d'un éducateur (en cas d'absence de celui-ci, 15 mn après l'heure prévue, l'activité sera annulée).

e) A l'heure prévue pour la fin du cours, sauf autorisation délivrée par eux à l'enfant à même de rentrer par ses propres moyens, les parents ou autres personnes habilitées sont tenus de le reprendre à l'endroit qui leur aura été indiqué.

f) Pour le ou les enfants que les parents ne seraient pas venus chercher, la responsabilité de l'Association est strictement limitée à la période s'écoulant entre les horaires de début et de fin des activités.

*L'adhésion emporte la reconnaissance qu'une information relative à une assurance individuelle supplémentaire a été faite.*

## INFORMATION SUR LES ASSURANCES

La loi du 16 Juillet 1984 a mis à la charge des groupements sportifs l'obligation d'informer leurs adhérents sur leurs droits et obligations en matière d'assurance, au moment de leur adhésion. Le texte ci-dessous résume les clauses du contrat d'assurance auquel les non sportifs adhèrent en signant la fiche d'adhésion ainsi que les clauses complémentaires auxquelles chacun peut souscrire individuellement auprès de l'assureur de son choix.

### 1 – RESPONSABILITÉ CIVILE

Prise en charge des conséquences pécuniaires vis à vis des tiers :  
Dommages corporels,  
Dommages matériels,  
Dommages matériels engageant la responsabilité civile des assurés à l'égard des tiers,  
Protection juridique de base.



### 2 – INDIVIDUELLE ACCIDENT

2-1 – Tous les adhérents ne possédant pas une licence-assurance dans une activité sportive sont couverts dans le cadre de leur activité à l'Union Saint-Bruno :

Risque garanti : accident sportif.  
Risque non garanti : maladie.

Garanties souscrites :  
Décès par accident : 10 000 €  
Invalidité permanente totale ou partielle par accident : 20 000 €  
Frais de soins : à concurrence de 1 525 € avec les limitations suivantes :

|                                          |                |
|------------------------------------------|----------------|
| - Frais de lunettes ou lentilles :       | 100 €          |
| - Soins et prothèses dentaires :         | 100 € par dent |
| - Frais pour toutes prothèses :          | 100 €          |
| - Frais de transport au centre médical : | Frais réels    |
| - Rapatriement au domicile :             | Frais réels    |

**Formalités en cas de sinistre : Union Saint-Bruno  
(contrat CHARTIS : Courtier Société AON, 23, avenue du Mirail – 33370 ARTIGUES PRES BORDEAUX)**

2-2 – Si vous êtes adhérent d'une section sportive de L'Union Saint-Bruno :  
Vous êtes couvert par la licence-assurance souscrite sur le plan national par la fédération du sport pratiqué. Elle couvre essentiellement les risques inhérents à ce sport. Vous pouvez vous renseigner sur son contenu exact auprès de votre président de la section concernée qui détient les documents contractuels.

### 3 – ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

Toutefois, si vous estimez que les garanties ci-dessus sont insuffisantes au regard de votre situation personnelle, vous avez la possibilité de souscrire à titre volontaire et individuel une assurance complémentaire pour les risques non couverts par notre association.

Vous pouvez alors contracter une telle assurance complémentaire, et dans votre intérêt, choisir la garantie la mieux adaptée à votre cas.



*Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 06 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à l'accueil.*

Numéro de licence renouvellement ou déjà licencié

Discipline

M MME Nom de naissance

Prénom

Nom marital (en cas de changement de situation)

Date de naissance : jour/mois/année

Adresse postale

Code postal

Commune

Adresse mail du licencié

Téléphone

Etes-vous porteur d'un handicap ?

Couleur de la ceinture

OUI

NON

(BA)Blanche, (BJ)Blanche/Jaune, (JA)Jaune, (JO)Jaune/Orange,  
(Or)Orange, (OV)Orange/Verte, (VE)Verte, (BE)Bleu, (MA)Marron

Dojo

Date d'obtention de ceinture

A-B-C  
(à remplir  
par le club).

**Les licenciés exercent une fonction** telle qu'encadrant, dirigeant, arbitre commissaire sportif... **doivent se connecter à leur espace licencié** afin de renseigner les informations nécessaires notamment au **contrôle d'honorabilité**.

### CERTIFICAT MÉDICAL

J'atteste être (ou que mon enfant est) titulaire d'un certificat médical ou d'une attestation (QS sport) valide établissant l'absence de contre-indication à la pratique : (à cocher pour valider)

☐

du sport

☐

du sport en  
compétition

☐

licencié non pratiquant  
(exonéré de certificat médical)

☐

questionnaire  
QS sport

(\*) Si le demandeur atteste avoir répondu "NON" à l'ensemble des rubriques du questionnaire de santé et hors première licence adulte et tous les 5 ans à partir de 30 ans inclus (30, 35, 40, 45...).

**DONNEES PERSONNELLES (RGDP)** : Les données à caractère personnel vous concernant sont indispensables à la gestion de votre licence par la FFJDA. A défaut, votre demande de licence ou renouvellement de licence ne pourra être prise en considération. La FFJDA vous informe de tout ce qu'elle fait avec les données personnelles sur son site internet (bas de page). Vous pouvez exercer vos droits (accès, effacement, portabilité, limitation - sauf rectification) par email à [dpo@ffjudo.com](mailto:dpo@ffjudo.com). Vous pouvez en demander la rectification ou mise à jour auprès de votre club, directement sur votre espace licencié ou par email au service licences de la FFJDA à [licences@ffjudo.com](mailto:licences@ffjudo.com). Je souhaite recevoir des offres notamment commerciales de partenaires de la FFJDA : **OUI / NON** (vos données personnelles ne seront pas transmises à ces partenaires)

**ASSURANCE** : L'établissement de la présente licence permet à son titulaire de bénéficier de l'assurance Responsabilité Civile souscrite par la FFJDA auprès d'AXA IARD via Marsh France. Par ailleurs, la FFJDA lui donne la possibilité de bénéficier de l'assurance Accidents Corporels, souscrite auprès d'AXA IARD via Marsh France. Le soussigné déclare avoir pris connaissance et accepté l'ensemble de ces garanties telles qu'indiquées dans la notice d'information qui lui est remise ce jour. Le montant de l'assurance Accidents Corporels est de 2,20 € TTC.

L'adhésion à plusieurs disciplines fédérales n'entraîne pas le cumul de garanties d'assurances.

Le soussigné déclare avoir été informé, dans la notice d'assurance, des possibilités d'extensions optionnelles complémentaires aux garanties de base ou de toute autre garantie adaptée à sa situation qu'il peut avoir intérêt à souscrire personnellement auprès d'AXA via l'offre négocié par MARSH France (bulletin de souscription disponible auprès du club ou téléchargeable sur le site Internet de la FFJDA [www.ffjudo.com](http://www.ffjudo.com) ou en ligne <https://connexion.marsh.com/client/optionjudoA>) ou de l'assureur de son choix.

### ASSURANCES - Bénéficiaire en cas de décès durant la période d'indemnisation

▢ Mes parents (pour l'assuré mineur) ; à défaut, mon conjoint non divorcé ou non séparé de corps judiciairement, à défaut, mon partenaire avec lequel je suis lié par un pacte civil de solidarité, à défaut, à mon concubin notoire, à défaut, par parts égales entre eux, mes enfants nés ou naître et ceux de mon conjoint s'il en avait la charge, à défaut, par parts égales entre eux, mon père et ma mère, ou au survivant d'entre eux, à défaut, mes ayants droit selon la dévolution successorale.

▢ Autres bénéficiaires. Précisez noms, prénoms, dates de naissance :

**REFUS D'ASSURANCE** : Si le soussigné refuse de souscrire à l'assurance Accidents Corporels proposée par la FFJDA et non obligatoire, il reconnaît avoir été informé des risques encourus par la pratique du Judo et D.A. pouvant porter atteinte à son intégrité physique Il ne réglera pas la somme de 2,20 € TTC avec la licence.

Date :

SIGNATURE POUR REFUSER L'ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS PROPOSEE PAR LA FFJDA

La licence est obligatoire avant le 1er septembre 2025 pour les trois dirigeants du club ou de la section (Président, Secrétaire Général et Trésorier) et doit faire partie du 1er envoi, afin de permettre au club de bénéficier des garanties de responsabilité civile et de protection juridique. Attention : ce document précise au dos les garanties complémentaires qui peuvent être souscrites auprès de MARSH.

Les notices d'assurance sont téléchargeables sur le lien suivant : <http://www.ffjudo.com/assurances>.

**Tout titulaire d'une licence fédérale s'engage à respecter les statuts et règlements de la FFJDA (recueil des Textes Officiels disponible auprès du club et sur [www.ffjudo.com](http://www.ffjudo.com))**

Représentant(e) légal(e) : (nom et qualité)

« Lu et Approuvé » Date et signature obligatoires

EXTRAIT DU CONTRAT D'ASSURANCE commun avec ma demande de licence 

2025/2026 L'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE souscrite par la FFJDA, auprès d'AXA IARD Assurances via MARSH France (contrat N° 11383119004) est incluse dans le prix de la licence. Sont garanties les conséquences pécuniaires de la responsabilité que tout licencié peut encourir en raison des dommages corporels, matériels et immatériels causés à autrui dans le cadre des activités fédérales garanties. Pour connaître le détail de ces garanties, se reporter au site <http://www.ffjudo.com/ffj/La-federation/Assurance>.

L'ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS souscrite par la FFJDA, , auprès d'AXA IARD Assurances via MARSH France (contrat N° 22351748104) protège ses licenciés en cas de dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer. (Cotisation due au titre des garanties de base visées ci-après : 2,20 € TTC)

Assuré : le(s) Titulaires d'une licence de la Fédération Française de Judo, Jujitsu, Kendo et Disciplines associées ou de la Confédération Française de Jiu-Jitsu brésilien, y compris les arbitres

Ce contrat comporte des exclusions consultables sur la notice assurance accessible sur la page assurance du site de la fédération ([ffjudo.com/assurances](http://ffjudo.com/assurances))

| DÉCÈS                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                       |                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Licenciés, collaborateurs bénévoles, pratiquants occasionnels non licenciés et pratiquants non licenciés participant à l'opération « JUDO VACANCES », aux cours d'essais dispensés en péri et post scolaire et au dispositif de séances découverte « Deviens judoka » ou « Deviens jiujiteiro » | Dirigeants, cadres techniques, conseillers techniques fédéraux et chargés de missions fédérales, arbitres et commissaires sportifs et les enseignants | Sportifs de haut niveau et dirigeants du comité exécutif de la FFJDA |
| Jusqu'à 16 ans révolus : capital de 15.000€<br>À partir de 17 ans : capital de 50.000€                                                                                                                                                                                                          | Capital de 70.000€                                                                                                                                    | Capital de 150.000€                                                  |

Un capital supplémentaire par enfant à charge : 10% du capital décès

**FRAIS D'OBSÈQUES** : Indemnité limitée au remboursement, sur justificatifs, des frais d'obsèques et dans la limite de 1.500€

| INVALIDITE                                                                                                                                      |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Licenciés                                                                                                                                       | Dirigeants, cadres techniques, conseillers techniques fédéraux et chargés de missions fédérales, arbitres et commissaires sportifs et les enseignants | Sportifs de haut niveau et dirigeants du comité exécutif de la FFJDA                                                                              | Collaborateurs bénévoles, pratiquants occasionnels non licenciés et autres*                                                                    |
| Franchise : < 6%<br>Taux d'invalidité entre 6% et 59% : 70.000€ x taux d'IP<br>Taux d'invalidité de <b>60% : capital forfaitaire de 70.000€</b> | Franchise : < 6%<br>Taux d'invalidité entre 6% et 59% : 100.000€ x taux d'IP<br>Taux d'invalidité de <b>60% : capital forfaitaire de 100.000€</b>     | Franchise : < 6%<br>Taux d'invalidité entre 6% et 59% : 300.000€ x taux d'IP<br>Taux d'invalidité de <b>60% : capital forfaitaire de 300.000€</b> | Franchise : < 6%<br>Taux d'invalidité entre 6% et 59% : 70.000€ x taux d'IP<br>Taux d'invalidité <b>≥ 60% : capital forfaitaire de 70.000€</b> |

| ACCIDENT CORPOREL GRAVE              |                                                                                                                                                       |                                                                      |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Invalidité égale ou supérieure à 61% |                                                                                                                                                       |                                                                      |
| Licenciés                            | Dirigeants, cadres techniques, conseillers techniques fédéraux et chargés de missions fédérales, arbitres et commissaires sportifs et les enseignants | Sportifs de haut niveau et dirigeants du comité exécutif de la FFJDA |
| 1.070.000€ x taux d'IP               | 1.100.000€ x taux d'IP                                                                                                                                | 1.300.000€ x taux d'IP                                               |

Après expertise du médecin-conseil de l'Assureur :

- Remboursement des frais immédiats et aide aux proches par le biais du dispositif Albatros : dans la limite d'un montant de 15.000 € et d'une période de 6 mois à compter de la date de l'accident.
- Versement d'un capital immédiat de **70.000 € ou 100.000 €** avant consolidation et après expertise du médecin-conseil de l'Assureur sur l'évaluation du taux d'invalidité de l'Assuré.
- Services d'accompagnement à l'Assuré et ses proches proposés par le dispositif Albatros.

| INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dirigeants, Sportifs de haut niveau, dirigeants du comité exécutif et arbitres du niveau national                                                                               | Enseignants (ne relevant pas de la CCN du Sport)                                                                                                                                |
| Indemnités journalières : 70€ / jour Indemnité versée à compter du 16e jour (4e jour en cas d'hospitalisation) suivant la date de l'accident et pendant un maximum de 365 jours | Indemnités journalières : 45€ / jour Indemnité versée à compter du 16e jour (4e jour en cas d'hospitalisation) suivant la date de l'accident et pendant un maximum de 365 jours |

| DEPENSES DE SANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Licenciés (y compris arbitres), dirigeants, sportifs de haut niveau, cadres techniques, conseillers techniques fédéraux et chargés de missions fédérales et enseignants bénévoles                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Collaborateurs bénévoles, pratiquants occasionnels non licenciés et autres*                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Dans la limite de <b>3.000€</b> par accident :<br>- Les frais de médecine, chirurgie, pharmacie, hospitalisation (y compris forfait journalier hospitalier), rééducation, prothèses, soins d'optique, soins dentaires, soins rendus nécessaires par l'accident jusqu'à la date de consolidation des blessures<br>- Garantie étendue : - au dépassement d'honoraires - à la majoration pour chambre particulière (hors suppléments de confort : télévision, téléphone, internet, etc) - aux frais liés à l'hébergement d'un parent accompagnant un mineur (nuitées et frais kilométriques) - aux frais de transport pour se rendre aux soins prescrits - aux frais de transport des victimes : domicile - lieu de travail / scolarité - aux frais d'ostéopathie | Dans la limite de <b>200%</b> de la base de remboursement de la Sécurité sociale :<br>- frais de médecine, chirurgie, pharmacie, hospitalisation (y compris forfait journalier hospitalier), rééducation, prothèses, soins d'optique, soins dentaires, soins rendus nécessaires par l'accident jusqu'à la date de consolidation des blessures |

| LICENCIES ET SPORTIFS DE HAUT NIVEAU                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SOUTIEN SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE                                                                                                                                       |
| Dans la limite de 1.600€ Franchise : 15 jours d'arrêt consécutifs                                                                                                       |
| ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE                                                                                                                                                |
| Remboursement du montant des consultations auprès d'un psychologue dans la limite de 2.500€ en cas de :<br>- décès<br>- invalidité permanente égale ou supérieure à 61% |

\*Les pratiquants non licenciés participant à l'opération « JUDO VACANCES », aux cours d'essais dispensés en péri et post scolaire et au dispositif de séances découverte « Deviens judoka » ou « Deviens jiujiteiro »

**OPTIONS COMPLÉMENTAIRES** : Soucieuse de la protection des licenciés et consciente du devoir d'information que la loi fait peser sur elle, la FFJDAA souscrit a auprès d'AXA IARD Assurances via MARSH (contrat N° 22351748104), des garanties complémentaires permettant de bénéficier, au-delà du régime de base attaché à la licence :

- D'un capital "Décès" ;
- D'un capital "Invalidité" ;
- D'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale.

Le licencié qui souhaite souscrire ces garanties optionnelles devra se connecter à l'adresse suivante :<https://connexion.marsh.com/client/optionjudoA> ou remplir le formulaire téléchargeable sur le site Internet de la FFJDA([www.ffjudo.com](http://www.ffjudo.com)) et le renvoyer par mail à MARSH FRANCE ([assurances.judo@marsh.com](mailto:assurances.judo@marsh.com)) en prenant soin d'effectuer un virement à MARSH France du montant de la formule retenue.

**L'ASSISTANCE (souscrite par la FFJDA, auprès de Mutuaide via MARSH France N°10308), prévoit notamment:**

- Rapatriement sanitaire
- Visite proche si hospitalisation + 7 jours
- Prolongation de séjour
- Poursuite du voyage
- Frais médicaux et d'hospitalisation
- Recherche et envoi de médicaments et prothèses
- Frais de recherche et de secours
- Rapatriement de corps
- Formalités décès
- Retour anticipé en cas d'hospitalisation ou décès d'un proche
- Rapatriement des accompagnants
- Remplacement d'un accompagnateur
- Retour anticipé suite sinistre majeur dans la résidence principale
- Accompagnement d'une personne handicapé et des enfants de – 18 ans
- Vol, perte ou destruction de documents
- Rapatriement des animaux, bagages à main et accessoires
- Acheminement de matériel indisponible sur place suite vol ou dommages
- Frais de télécommunication à l'étranger
- Soutien psychologique
- Avance de fond
- Caution pénale
- Soutien scolaire, conseils médicaux, Renseignements pratiques, assistance linguistique, Messages urgents

**Le service d'assistance est joignable 24h/24au N° Vert 01 48 82 62 21 (appel gratuit depuis un poste fixe)**

Pour tous renseignements ou déclaration de sinistre, contactez : MARSH France Tel. : 01 87 21 27 87 / Mail renseignement : [assurances.judo@marsh.com](mailto:assurances.judo@marsh.com) / Mail déclaration sinistre : [sinistres.ars@marsh.com](mailto:sinistres.ars@marsh.com) ou en ligne : [Mail déclaration sinistre : sinistres.ars@marsh.com](mailto:sinistres.ars@marsh.com) ou en ligne :

Ce document n'a pas de valeur contractuelle. Il n'est qu'informatif et ne remplace pas les dispositions prévues au contrat par la Fédération Française de Judo, Jujitsu, Kendo et disciplines associées. (Notices d'information téléchargeables sur le site Internet de la FFJDA [www.ffjudo.com](http://www.ffjudo.com)).

**En cas de réclamation :**

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours possible à la Médiation de l'assurance.

Comment adresser votre réclamation ? Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser : A votre interlocuteur AXA habituel (ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers et sur votre Espace Client en ligne) ou au service clients avec lequel vous êtes en relation, ou, à tout moment, au Service Réclamations en fonction de la nature du litige :

**Pour les garanties d'assurance**

- via le formulaire de contact sur [axa.fr](http://axa.fr) ou en ligne depuis votre Espace Client AXA ou par courrier, à l'adresse suivante : AXA France – Service Réclamations – TSA 46 307 – 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9

**Nos engagements :**

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de dix jours. Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de soixante jours.

**La saisine du médiateur**

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance : deux mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez reçu une réponse ou non de notre part et, en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre première réclamation écrite.

Cette saisine peut se faire : par voie électronique sur le site [mediation-assurance.org](http://mediation-assurance.org) ou par courrier, à l'adresse suivante : Le médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 06

L'intervention du Médiateur est gratuite. Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet. Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur. Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

# QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR



En vue de l'obtention, du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive ou de l'inscription à une compétition sportive autorisée 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 garder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider. |                                                                                                                                                                                                                      |                              |     |     |
| Tu es : <input type="checkbox"/> une fille <input type="checkbox"/> un garçon                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                      |                              | OUI | NON |
| Ton âge : <input type="text"/> ans                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                      |                              |     |     |
| L'année                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 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 ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                                                                                                                                   |                              |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?                                                                                                             |                              |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 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 commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                                                                                                                                    |                              |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                                                                                                                                       |                              |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ces 2 dernières semaines                                                                                                                                                                                             | 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 ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                      |                              |     |     |
| Aujourd'hui                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 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 ?                                                                                                                                                    |                              |     |     |
| À faire remplir par les parents                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                      |                              |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 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 ?                                                                           |                              |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?                                                                                                                                 |                              |     |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 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.) |                              |     |     |

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.



**PRISE DE LICENCE  
MINEURS**

**ATTESTATION  
QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR**

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM]..... ,  
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM] ..... ,  
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR  
(arrêté du 7 mai 2021) et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.*

*Date et signature du représentant légal.*

**AUTORISATION PARENTALE**  
**SAISON 20..... / 20.....**

En cas d'accident dans la pratique du sport, et en mon absence,

Je soussigné(e) .....

Agissant en qualité de .....

De l'enfant .....

- prends acte que les secours d'urgence l'évacueront vers le centre hospitalier qu'ils jugeront le plus adapté
- autorise le responsable de l'encadrement à faire pratiquer tout soin médical urgent, y compris une hospitalisation, ou toute intervention qui s'avèrerait indispensable conformément aux prescriptions du corps médical consulté.

Fait à

Le

Signature,