



Club Omnisports

1 rue de la poste, 91070 BONDOUFLE
Tel. : 01 60 86 54 94
Mail : bondoufle.amical.club@orange.fr

SECTION FOOTBALL

Présidente : Carolle BOSSON téléphone : 06 80 73 36 47

11, rue de la Fosse aux Loups, 91070 BONDOUFLE

Courriel : bacfootpresident@gmail.com

Trésorière : Karine LE ROUX téléphone : 06 14 69 74 67

Courriel : bacfoottresorier@gmail.com

Secrétaire : Brigitte HAMON téléphone : 06 87 47 90 80

Courriel : bacfootsecretariat@gmail.com

Site du club : <http://bondoufle-ac.footeo.com>

Catégories et tarifs pour la saison 2016/2017

- U6 U7 : né(e)s en 2010 et 2011
- U8 U9 : né(e)s en 2008 et 2009
- U10 U11 : né(e)s en 2006 et 2007
- U12 U13 : né(e)s en 2004 et 2005
- U14 U15 : né(e)s en 2002 et 2003
- U16 U17 : né(e)s en 2000 et 2001
- U18 U19 : né(e)s en 1998 et 1999
- U20 : nés en 1997
- Pour ces catégories tarif : 130 € la cotisation annuelle (coupons sports et bons CAF acceptés)

Séniors : nés avant le 01^{er} janvier 1996 (tarif : 140 €)

Vétérans : nés avant le 1^{er} janvier 1980 (tarif 130 €)

Dirigeants (nous consulter pour missions spécifiques)

Horaires entrainements : consulter le site du club de Football



BONDOUFLE AMICAL CLUB
SECTION FOOTBALL

CHARTRE (A retourner signée)

Article 1 : la pratique du football au sein du Club oblige tout licencié à l'adhésion de la présente charte ainsi qu'au paiement de sa cotisation.

Article 2 : tout joueur adhère au club pour prendre du plaisir à la pratique de son sport favori dans un bon état d'esprit et dans le respect des règles officielles établies par la Fédération Française de Football et le District de l'Essonne.

Article 3 : tout joueur est tenu de s'informer des convocations de son éducateur, de respecter les horaires d'entraînement, de prévenir son éducateur 48H à l'avance en cas d'absence ou d'empêchement.

Il devra accepter les décisions prises par son éducateur ou les dirigeants du club, de respecter le corps arbitral, ses adversaires, coéquipiers et dirigeants.

Il participera au maximum à la vie de l'association (repas, réunions, tournois...) et respectera le matériel et les locaux mis à sa disposition.

Article 4 : les parents sont tenus de respecter les décisions prises par les éducateurs et dirigeants et ne sont pas autorisés à intervenir dans les décisions sportives et sur le management de l'équipe.

Article 5 : Le dirigeant doit être licencié du Club. Il assiste l'éducateur dans sa fonction et contribue au bon fonctionnement de l'association. Il doit maintenir et faire respecter un bon esprit sportif et aider dans l'application des règles du Club.

Article 6 : Les dégradations volontaires du matériel et des infrastructures mis à disposition par le Club pourront être sanctionnés.

Article 7 : La prise d'alcool, de stupéfiants ainsi que tous produits dopants par un licencié du Club : joueur, dirigeant ou éducateur pendant les rencontres sportives jeunes (- de 18 ans) et dans l'enceinte du Club entraînera son **exclusion immédiate et définitive**.

Article 8 : Le Club décline toute responsabilité en cas de perte, de vol d'effets personnels à l'intérieur de l'enceinte de l'association ainsi que lors des déplacements des équipes.

Article 9 : Tout licencié est responsable de ses actes et des sanctions qu'il encourt pendant les matchs. Un permis à point est mis en place et annexé à la présente charte.

Article 10 : Dans le cas d'une perte de point, un acte d'investissement personnel (arbitrage, préparation d'un tournoi ou d'une soirée...) pourra être proposé par la commission de discipline au joueur pour lui permettre d'effacer sa sanction.



Chers parents,

Le BAC Football a mis en place un nouveau site internet (bondoufle-ac-footeo.com), que nous souhaitons agrémenter de photos des différentes sections et de la photo de tous les licenciés du club.
Pour cela, nous vous demandons de nous remplir l'autorisation de « Droit à l'image » ci-dessous, à remettre au responsable de votre section.

Carolle BOSSON
Présidente du BAC Football

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je, soussigné

Nom : _____

Prénom : _____

Donne

Ne donne pas

Mon autorisation pour être :

- Soit photographié ou filmé dans le cadre de mon activité sportive au sein de l'association BAC Football pendant la saison sportive 2016-2017,
- Mon image soit reproduite sur support informatique, notamment sur le site du club,
- Mon image soit reproduite sur papier dans le cadre de l'établissement de tout document d'information élaboré par le club.

Je renonce par la présente à solliciter une quelconque compensation à quelque titre que ce soit pour la participation de mon enfant à la prise de vue et à sa diffusion.

Fait à :

Le :

Signature avec la mention manuscrite « lu et approuvé ».



Chers parents,

Le BAC Football a mis en place un nouveau site internet (bondoufle-ac-footeo.com), que nous souhaitons agrémenter de photos des différentes sections et de la photo de tous les licenciés du club.

Pour cela, nous vous demandons de nous remplir l'autorisation de « Droit à l'image » ci-dessous, à remettre au responsable de votre section.

Carolle BOSSON
Présidente du BAC Football

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je, soussigné

Nom : _____

Prénom : _____

Donne

Ne donne pas

Mon autorisation pour que mon enfant :

Nom de l'enfant : _____

Prénom : _____

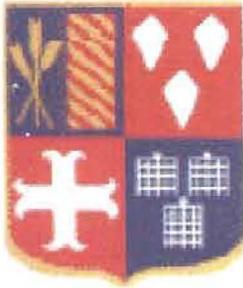
- Soit photographié ou filmé dans le cadre de son activité sportive au sein de l'association BAC Football pendant la saison sportive 2016-2017,
- Son image soit reproduite sur support informatique, notamment sur le site du club,
- Son image soit reproduite sur papier dans le cadre de l'établissement de tout document d'information élaboré par le club.

Je renonce par la présente à solliciter une quelque compensation à quelque titre que ce soit pour la participation de mon enfant à la prise de vue et à sa diffusion.

Fait à :

Le :

Signature avec la mention manuscrite « lu et approuvé ».



FICHE D'INFORMATION ET D'AUTORISATION POUR LICENCE AU B.A.C FOOTBALL SAISON 2016-2017

Nouveau joueur Renouvellement Mutation

Catégorie :

NOM DU JOUEUR : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :
.....

Téléphone domicile : Portable :

Adresse mail :

Montant de la cotisation : Règlement effectué le :

Espèce Chèque N° de chèque :

Taille de chaussettes :

Package : taille

UNE PHOTO COULEUR OBLIGATOIRE

POUR LES NOUVEAUX LICENCIES : COPIE D'UNE PIECE D'IDENTITE RECTO VERSO

A REMPLIR POUR LES MINEURS :

ATTESTATION PARENTALE : Catégorie de débutants à 17 ans inclus OBLIGATOIRE

Je soussigné Monsieur ou Madame

Autorise mon fils / ma fille à pratiquer le football au club de Bondoufle pour la saison 2016 – 2017, à effectuer les déplacements avec les véhicules des dirigeants ou accompagnateurs, et autorise, en cas d'urgence, les dirigeants de Bondoufle à prendre les mesures nécessaires concernant le transfert de mon enfant vers l'hôpital le plus proche du lieu de l'accident.

Date et Signature des parents précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Dossier complet le :

Vérifié par (nom du dirigeant) :



« BONDOUFLE AMICAL CLUB »

Section Football

Carolle BOSSON

Présidente

06.80.73.36.47

FICHE D'INFORMATION DIRIGEANT

Mesdames, Messieurs,

Nous vous invitons à prendre part à la vie associative d'un club en consacrant, à votre manière, une part de votre temps libre ! Merci de répondre au questionnaire ci-dessous et de le remettre au responsable de section.

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Etes-vous licencié au club ?

Oui

Non

Si oui, quelle catégorie ?

Avez-vous eu une expérience active dans un club ?

Dirigeant(e)

Bénévole

Joueur (se)

Educateur (trice)

Arbitre

Aucune

**Si vous deviez vous investir dans une activité au sein du club, quels seraient vos choix ?
(plusieurs réponses possibles)**

Encadrement d'équipes

Tâches administratives

Actions pédagogiques

Accompagnateur

Arbitrage

Recherche de sponsors

Organisation de manifestations
festives (logistique, achats)

Communication - site (photos -
articles)

Autres, précisez :



« BONDUFLE AMICAL CLUB »

Section Football
Carolle BOSSON
Présidente
06.80.73.36.47

Vous disposez d'un véhicule :

- Oui Non

Si oui, accepteriez-vous d'accompagner des enfants lors de matchs à l'extérieur du club ?

- Oui Non

Seriez-vous disponible :

- En fin de journée Dimanche
 Samedi En semaine
 A tout moment De manière occasionnelle

Précisez :

Seriez-vous intéressé par une réunion d'information ?

- Oui Non

Bonne saison sportive

Carolle BOSSON
Présidente

Enfants à charge : Les enfants de l'assuré ou de son conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études et sont rattachés au foyer fiscal de l'assuré ou, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires d'un titre leur reconnaissant un taux d'invalidité au moins égal à 80 %.

Subrogation : La M.D.S. est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident (ou à ses ayants droit) dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées par elle.

4. - **GARANTIES** : (la M.D.S. arrête ses remboursements à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré)

Capitaux INVALIDITE & DECES (**)		Montants et franchises	FRAIS MEDICAUX (*)		Montants
DECES (**)	- Mineur non émancipé	15 000 €	Frais de soins de santé		300 % base de remboursement SS
	- Majeur ou mineur émancipé, célibataire	27 500 € (+ 15% par enfant à charge)	Forfait journalier hospitalier		Frais réels
	- Majeur et marié	31 000 € (+ 15% par enfant à charge)	Frais de prothèses dentaires (par dent, maximum 5)		300 € / dent
INVALIDITE (réductible en fonction du taux d'IPP) (***)		92 000 € (pour 100% d'IPP)	Frais d'appareil orthodontique (bris et perte)		700 €
	Franchise relative de 4%		Bris de lunettes ou de lentilles (forfait)		400 €
			Prothèses auditives		500 €
			Appareil et matériels divers (cannes, béquilles, fauteuils roulants, ...)		300 €

BONUS SANTE 1 200 € par accident

Au-delà des prestations de base définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un **BONUS SANTE** disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur. L'assuré pourra en disposer pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes :

- Dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux
- Prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale
- Lunettes et lentilles
- Frais de prothèse dentaire
- En cas d'hospitalisation : majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) / coût d'un parent accompagnant si le blessé est mineur, à concurrence des frais d'hébergement facturés par l'hôpital et des frais de trajet / versement d'une indemnité journalière, non soumise à conditions de revenus, d'un montant de 20 € par jour, pendant la durée de l'hospitalisation et au maximum pendant 100 jours
- Frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles
- Frais d'ostéopathe prescrits et pratiqués par un médecin praticien
- Tous frais de santé prescrits par un médecin praticien

Frais de 1 ^{er} transport // Frais de transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	Frais réels	Frais de reconversion professionnelle	7 000 €
Frais liés au redoublement de l'année d'études	7 000 €	Frais de remise à niveau scolaire	40 € / jour (maximum : 2 500 €) franchise 15 jours

(*) Les assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.

(**) En l'absence de stipulation expresse contraire de l'assuré, le capital décès est versé au conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales aux enfants nés ou à naître, à défaut au concubin notoire ou au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut aux héritiers légaux.

(***) Ce barème sera appliqué en faisant abstraction du taux d'invalidité éventuellement préexistant dès lors que cette invalidité préexistante n'est pas la conséquence d'un accident pris en charge par la M.D.S. Seule la majoration du taux d'invalidité imputable à l'accident garanti sera prise en compte. Pour l'application de cette disposition cette majoration du taux est substituée au taux dans le barème annexé susvisé. En revanche, dès lors qu'un assuré a déjà été indemnisé par la M.D.S. et qu'il fait l'objet d'une majoration de son taux d'invalidité déjà attribué, soit en cas d'accidents successifs, soit en cas d'aggravation de son état, le capital dû par la M.D.S. est égal à la différence entre le capital dû au titre du taux d'invalidité majoré et le capital déjà versé au titre du taux d'invalidité préexistant.

5. - **EXCLUSIONS** : • La pratique professionnelle de toutes activités sportives • Les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès • Les suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide • Les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active • Les accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense • Les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré • Les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré

RECLAMATIONS : En cas de réclamation, l'assuré peut s'adresser au Service Réclamations :
☎ 01.53.04.86.30 - ✉ 01.53.04.86.10 - ✉ Reclamations@grpmds.com - ✉ Groupe MDS - Service Réclamations - 2/4 rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16

3 / ASSISTANCE RAPATRIEMENT (extrait du contrat n°4025594.P souscrit auprès de la MAIF)

MAIF ASSISTANCE est joignable 7j/7, 24h/24
Au 05 49 34 88 27 (appel gratuit depuis un poste fixe), si vous êtes en France. / Au 00 33 5 49 34 88 27, si vous êtes à l'étranger

ASSISTANCE AUX PERSONNES	
Transport sanitaire	Frais réels
Attente sur place d'un accompagnant	80 €/nuits, maximum 15 nuits
Voyage aller et retour d'un proche (si l'assuré hospitalisé plus de 7 jours)	80 €/nuits, maximum 15 nuits
Prolongation de séjour pour raison médicale	80 €/nuits, maximum 15 nuits
Poursuite du voyage (état ne nécessitant pas un retour au domicile)	Prise en charge des frais de transport pour poursuivre le voyage interrompu, dans la limite des frais qui auraient été engagés pour le retour au domicile
Frais médicaux et d'hospitalisation / Assurés domiciliés en France	Prise en charge sous forme d'avance et en complément du régime de prévoyance, des frais engagés sur place, à hauteur de 4.000 € en France et 80.000 € à l'étranger
Frais médicaux et d'hospitalisation / Assurés domiciliés hors de France	Prise en charge en complément du régime de prévoyance (ou à défaut de couverture sociale), des frais engagés sur place, à hauteur de 30.000 € en France et 80.000 € à l'étranger
Recherche et expédition de médicaments et de prothèses	Recherche sur place (ou expédition) des médicaments indispensables, le coût de ceux-ci restant à la charge de l'assuré
Frais de recherches et de secours	Dans la limite de 30 000 €
ASSISTANCE EN CAS DE DECES	
Décès de l'assuré en déplacement	Prise en charge du transport du corps jusqu'au lieu d'obsèques ou d'inhumation (y compris frais de cercueil)
Déplacement d'un proche	80 €/nuits, maximum 15 nuits
Retour anticipé	Transport jusqu'au lieu d'inhumation ou d'obsèques
ASSISTANCE AUX PERSONNES VALIDES	
Retour des autres bénéficiaires	Frais réels
Accompagnement d'une personne handicapée ou d'un enfant de moins de 15 ans	Voyage aller-retour d'un proche ou d'un accompagnant habilité
Attente sur place de la réparation du véhicule	80 €/nuits, maximum 15 nuits
Retour anticipé pour se rendre au chevet d'un proche	Titre de transport
Retour en cas d'indisponibilité du véhicule	Prise en charge du retour au domicile
Sinistre majeur concernant la résidence	Prise en charge du retour au domicile

✂ Découper suivant la pointillé

DEMANDE D'ADHESION SPORTMUT FOOT PARIS ILE DE FRANCE à retourner à la MDS, 2/4 rue Louis David 75782 PARIS Cedex 16, accompagné du règlement.

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) : _____
Club d'appartenance : _____ affiliation du club à la Ligue : _____

Je déclare être licencié en tant que : Joueur Educateur Fédéral / Animateur / Moniteur / Entraîneur Arbitre Dirigeant non pratiquant **OPTION CHOISIE : N°**

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, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.

Autres dispositions : _____

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 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 M.D.S.

Fait à _____, le _____

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)



JOUEUR / DIRIGEANT

DEMANDE DE LICENCE DE FOOTBALL - SAISON 2016-2017



Nom du club : N° d'affiliation du club :

A remplir intégralement

En cas de première demande, fournir une photo d'identité.
Pour les autres demandes, vérifier le statut de la photo dans FOOTCLUBS.

IDENTITE

NOM : Sexe : M / F
PRENOM : Nationalité : FR / UE / ETR
Né(e) le : / / Ville de naissance :
Adresse :
CP : Ville :
Pays de résidence :
Téléphones : fixe mobile

Email (1) :
(1) Le demandeur (ou son représentant légal) doit fournir une adresse électronique à laquelle lui sera envoyé un code d'activation de son espace personnel sécurisé sur le site de la FFF afin de prendre connaissance de ses sanctions disciplinaires. A défaut, ce code lui sera communiqué sur le volet détachable de sa licence FFF, qu'il doit se faire remettre par son club.

CATEGORIE(S)

Demande une ou des licences de types (plusieurs cases peuvent être cochées) :
Dirigeant Joueur Libre Joueur Futsal Joueur Entreprise Joueur Loisir

DERNIER CLUB QUITTE

Saison : - Nom du club :
Fédération étrangère le cas échéant :

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr (1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,

Pour les joueurs (2):
- ne présente aucune contre-indication apparente
- à la pratique du football en compétition,
- est également apte à pratiquer dans des compétitions de la catégorie d'âge immédiatement supérieure (3)(4).
Date de l'examen : / / (1)
Bénéficiaire (nom, prénom) (1)
Signature et cachet (1)(5)

Pour les dirigeants :
- ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel.

(1) Obligatoire. (2) Rayer les mentions inutiles. (3) Rayer en cas de non aptitude. (4) Uniquement dans les conditions de participation fixées par les Règlements Généraux. (5) Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée).

ASSURANCES

Je soussigné(e) (Nom) (Prénom).....

Si représentant légal : Père / Mère / Tuteur légal reconnais avoir pris connaissance, en pages suivantes du présent formulaire, par ma Ligue régionale et mon club :

- des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
- de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) :

Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur.

OU BIEN Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

Pour un licencié MINEUR

Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette demande à prendre une licence au sein de ce club ainsi que la création d'un espace personnel. Il accepte expressément que les sanctions disciplinaires lui soient notifiées sur cet espace (Mon Compte FFF).

Le représentant légal et le représentant habilité du club certifient que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Représentant légal

Signature

Représentant du club Le / /

Signature et nom

Pour un licencié MAJEUR

Le demandeur accepte expressément que les sanctions disciplinaires lui soient notifiées sur son espace personnel (Mon Compte FFF).

Le demandeur et le représentant habilité du club certifient que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Demandeur

Signature

Représentant du club Le / /

Signature et nom

Le demandeur est susceptible de recevoir par courrier des offres commerciales de la FFF et de ses partenaires.

Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case

Les coordonnées d'un demandeur dirigeant sont susceptibles d'apparaître sur les annuaires et/ou les sites internet de la FFF, des Ligues ou des Districts.

Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case

Les données personnelles recueillies font l'objet de traitements informatiques aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Districts, Ligues, à la FFF et, sauf opposition ci-dessus, à nos partenaires. Conformément à la « Loi Informatique et Libertés » (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits et obtenir communication des informations le concernant, en s'adressant à la FFF par mail à « cil.fff@fff.fr » ou par courrier à l'adresse suivante : FFF, Correspondant Informatique et Libertés, 87 boulevard de Grenelle, 75738 Paris Cedex 15.