

DOSSIER DE LICENCE

2026/2027

LET'S GO
MINO!

FOOTBALL AMÉRICAIN

CHEERLEADING

FLAG



La Région
Grand Est

Strasbourg.eu
eurométropole

S AGENCE
NATIONALE
DU SPORT

ALSACE
Collectivité européenne



DOSSIER DE LICENCE

Votre dossier de licence doit être intégralement rempli.

Pour les **joueurs majeurs**, il est composé :

- (1) du formulaire de demande de licence FFFA
- (2) du formulaire SMACL (assurance complémentaire facultative)
- (3) du formulaire d'autorisation pour le droit à l'image
- (4) du questionnaire de santé
- (6) de l'autorisation en cas d'accident (bas de page)
- (7) des annexes

Pour les **joueurs mineurs**, il faudra remplir le questionnaire de santé spécifique (5 et 6) et les joindre à votre dossier.

Pour les **nouvelles demandes**, il faut impérativement joindre au dossier de licence :

- une photo d'identité
- une photocopie recto-verso de vos papiers d'identité
- un certificat médical pour la pratique en compétition de la discipline choisie. Il peut être délivré par le médecin sur un papier libre, autre que l'emplacement prévu à cet effet sur le formulaire FFFA.

Pour les **renouvellements**, il suffit de remplir votre dossier avec les formulaires 1 à 4 + 6 + 7 (bas de page) pour les majeurs, et 1 à 7 pour les mineurs.

Le Règlement Intérieur de l'Association est disponible en téléchargement depuis notre site internet : www.le-minotaure.com

La souscription d'une licence pré-suppose avoir pris connaissance du dit Règlement Intérieur et d'y adhérer sans réserve.

Règlements

Possible en espèce, chèque (fractionnable jusqu'à 3, CB, Hello Asso, Pass'sport, Ancv, Coupon sport.
Possibilité de bourse d'aide à la licence de la ville de Strasbourg sur demande sur le site monstrasbourg.org (avec un coefficient familial < ou égal à 720).

Merci d'envoyer votre dossier complet au secrétaire
de l'association : tresorier@le-minotaure.com

Règlement
possible par
divers moyens

Bonne saison !



DEMANDE DE LICENCE FFFA

PHOTO

SAISON 2026/2027

Club :

LE MINOTAURE

INFORMATION DU DEMANDEUR

Nom de naissance :

Nom d'usage (si différent) :

Prénom :

Civilité :

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

Numéro de licence :

CHOIX DE LA LICENCE

FOOTBALL AMERICAIN			FLAG FOOTBALL			CHEERLEADING		
Catégorie	Case à cocher	Tarif	Catégorie	Case à cocher	Tarif	Catégorie	Case à cocher	Tarif
U15		125	U7			Tiny		
U15 surclassé U18		165	U9			Minime		125
U18		165	U11			Minime surclassé Cadet		125
U18 surclassé Senior		165	U13			Cadet		125
Senior Régional		265	U13 surclassé U15			Cadet surclassé Junior		165
Senior National		265	U15			Junior		165
Location matériel		50	U15 surclassé U18		95	Junior surclassé en Senior		165
Entraîneur*			U18		95	Loisir senior		165
Dirigeant*			U18 surclassé Senior		95	Compétition senior		215
Arbitre*			Senior		95	Entraîneur*		
Bénévole*		15	Entraîneur*			Dirigeant*		
			Dirigeant*			Juge*		
			Arbitre*			Bénévole*		15
			Bénévole*		15			
Total FA :		€	Total Flag :		€	Total Cheer :		€

Signature du demandeur (ou de son représentant légal s'il est mineur)

En signant ce document, le demandeur reconnaît avoir été explicitement informé de son devoir de souscrire à une assurance avant de pratiquer la discipline choisie. De plus, il reconnaît avoir reçu une notice établie par un assureur lui précisant l'intérêt à souscrire une assurance de personne couvrant les dommages corporels, ainsi qu'un formulaire de souscription lui offrant plusieurs formules de garanties dont les modalités sont également indiquées. Si le licencié ne souhaite pas souscrire à l'assurance proposée par la Fédération, il doit cocher la case suivante et faire parvenir à son club et à la Fédération, une attestation d'individuelle accident couvrant sa pratique sportive.

Licencié adulte (en cas de renouvellement d'une licence avec un certificat médical de moins de 3 ans toujours valide) :

Je soussigné M/Mme _____ atteste avoir renseigné le questionnaire de santé le QUESTIONNAIRE SANTE SPORT et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du demandeur :

Licencié mineur (en cas de première licence ou du renouvellement d'une licence) :

Je soussigné M/Mme _____ en ma qualité de représentant légal du demandeur, atteste qu'il/elle a renseigné le QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION OU DU RENOUELEMENT D'UNE LICENCE

Date et signature du représentant légal :

ION :

Visa du club (date / tampon / signature) :



Le : / /

*Le/la demandeur.euse d'une licence encadrant « entraîneurs, arbitre/juge, dirigeant, bénévole », est informé.e que la FFFA procédera à un contrôle d'honorabilité dans le cadre de l'article L.212-9 du code du Sport.

CERTIFICAT MEDICAL PREALABLE A LA PRATIQUE EN COMPETITION OU EN LOISIR

MAJEUR : à ne fournir qu'en cas de première licence uniquement en football américain, 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 du football américain date de plus de 3 ans. N'est pas nécessaire pour la pratique du flag et du cheer sauf si le majeur a répondu positivement à l'une des questions du questionnaire de santé sport.

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'avoir 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, certifie 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, de rectification et de suppression aux données personnelles vous concernant. Ce droit d'accès peut être exercé à l'adresse de la FFFA.

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



Votre

bulletin de souscription

Garantie individuelle accident
complémentaire



Contrat collectif « Individuelle accident complémentaire » à adhésion facultative souscrit par la fédération auprès de SMACL Assurances.

Il est destiné à couvrir les licenciés ou les pratiquants occasionnels non licenciés qui souhaitent bénéficier de garanties complémentaires allant au-delà du régime de base offert par la licence.

BULLETIN DE SOUSCRIPTION À RETOURNER À

SMACL Assurances - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9,
accompagné de votre règlement par chèque à l'ordre de SMACL Assurances du montant de l'option choisie.

À réception, vous serez adressées les conditions particulières récapitulant les caractéristiques de votre souscription.

ASSURÉ

☒ Mme M.

Nom :

Nom de naissance :

Prénoms :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Profession :

Nom du club affilié : **LE MINOTAURE**

Je déclare avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat d'assurance souscrit par la fédération et notamment la garantie Individuelle accident complémentaire ayant pour objet l'indemnisation des accidents corporels suite à un accident survenant dans le cadre des activités garanties au titre du contrat de la fédération et ce, en complément du régime de base offert par la licence.

et

Décide de souscrire cette option Individuelle accident complémentaire à effet du lendemain de la réception du bulletin. Les garanties prennent fin au 31 juillet suivant.

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

Mes héritiers légaux dans l'ordre successoral

Autre désignation :

La clause bénéficiaire désigne la (ou les) personne(s) qui percevront le capital du contrat en cas de décès de l'assuré. Elle doit donc impérativement être adaptée à la situation familiale, aux objectifs et à la volonté de l'assuré. Aussi, afin d'éviter toute ambiguïté sur l'identité des bénéficiaires ou de prévenir une éventuelle situation de déshérence, l'assuré doit porter une attention particulière à sa rédaction.

Il s'agit de bénéficier de garanties complémentaires au contrat de base « Individuelle accident corporel » proposée par la fédération, soit, au choix :

- **un capital Décès**
- **un capital Invalidité** : un capital invalidité dont le montant est fixé ci-dessous selon la catégorie de bénéficiaires. Aucune indemnité ne sera versée lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 5 %.
- **des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale** :
 - indemnité, destinée à compenser une perte réelle de revenus ou un manque à gagner justifié, est versée à compter du 8^e jour suivant la date de l'accident et pendant un maximum de 365 jours répartis sur 2 ans ;
 - incapacité temporaire cesse dès que l'assuré est en mesure de reprendre, même partiellement, ses occupations ou dès la consolidation médicale de son état.

La date de consolidation des blessures et la durée de l'incapacité temporaire totale sont fixées par le médecin-expert désigné par SMACL Assurances.

Assuré	Formule	Montant du capital DÉCÈS	Montant du capital INVALIDITÉ (100 % invalidité) (*)	INDEMNITÉS JOURNALIÈRES Montant / jour	TARIF FORFAITAIRE TTC	COCHER LA FORMULE CHOISIE
Licencié (ou pratiquant occasionnel non licencié)	1	15 000 €	31 000 €		25 €	
	2	30 000 €	61 000 €	15 €	55 €	
	3	50 000 €	75 000 €	30 €	80 €	

(*) Montant obtenu en multipliant le capital par le taux d'incapacité permanente résultant de l'accident.

Je ne souhaite pas recevoir les offres sur les autres produits et services de SMACL Assurances J'accepte de recevoir les offres commerciales des partenaires de SMACL Assurances • Vous reconnaissez avoir pris connaissance des documents d'information sur le produit d'assurance Individuelle accident complémentaire et de la notice d'information du contrat d'assurance souscrit par la fédération et définissant : - les garanties et notamment la garantie Individuelle accident complémentaire ayant pour objet l'indemnisation des accidents corporels suite à un accident survenant dans le cadre des activités garanties en complément du régime de base de la licence ; - leurs modalités d'entrée en vigueur ; - les formalités à accomplir en cas de sinistre. et vous certifiez en avoir pris connaissance avant la signature du présent bulletin de souscription. • Vous reconnaissez que votre contrat ne pourra prendre effet au plus tôt que le lendemain du jour de réception par SMACL Assurances. Fait à _____, le _____ / _____ /20____	Vos données personnelles : SMACL Assurances et SMACL Assurances SA, en qualité de responsables conjoints du traitement, recueillent et utilisent vos données personnelles pour la souscription, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance. Vos données peuvent également être traitées dans le cadre de nos obligations en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude mis en œuvre dans l'intérêt légitime de SMACL Assurances, de SMACL Assurances SA et de leurs assurés. Pour plus d'informations sur l'utilisation de vos données ou l'exercice de vos droits (accès, rectification, opposition, etc.), consultez notre espace dédié « Données personnelles » sur notre site internet (www.smacl.fr/donnees-personnelles) ou contactez le Délégué à la protection des données : protectiondesdonnees@smacl.fr Signature du représentant
--	--



**AUTORISATION SUR LA LIBRE UTILISATION
DE L'IMAGE D'UNE PERSONNE MAJEURE ☐ MINEURE ☐**

Je soussigné(e) : _____ né le : _____

Demeurant : _____

Si mineur,

Je soussigné(e) : _____ parent ☐ représentant légal ☐ tuteur ☐

de l'Enfant : _____

Demeurant : _____

Autorise la prise de vue et la publication de l'image sur laquelle j'apparais / mon enfant apparaît* ; ceci, sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée. Je reconnais avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite dans le cadre de la publication, de la promotion et de la publicité à l'usage exclusif de l'association sportive «Le Minotaure de Strasbourg».

Je reconnais également que les utilisations éventuelles ne peuvent porter atteinte à ma vie privée et, plus généralement, ne sont pas de nature à lui nuire ou à lui causer un quelconque préjudice.

Fait à :

Le :

Signature :

Si mineur, signature du
parent/représentant légal/tuteur

Selon les articles 226-1 à 226-8 du Code civil, tout individu jouit d'un droit au respect de sa vie privée ainsi que d'un droit à l'image.

En vertu de ces dispositions, la publication ou la reproduction d'une photographie sur laquelle une personne est clairement reconnaissable n'est possible qu'avec son consentement préalable, que l'image soit préjudiciable ou non. Font exception à cette règle les photos de foule où la personne n'est pas le sujet central ou bien les photos prises de loin ou de dos.

Un document manuscrit doit ainsi être signé par la ou les personnes concernées par la photographie. Le document doit en outre faire apparaître les mentions permettant de faire référence aux photos concernées par l'autorisation et à l'utilisation qui en est faite.

Il ne peut en aucun cas être établie d'autorisation globale, couvrant tout type de photographie impliquant la personne.

Cas des enfants mineurs

Dans le cas des enfants mineurs, la signature d'autorisation des parents de l'enfant ou de ses tuteurs légaux doit également être obtenue par écrit.

De plus,

La diffusion de photos et de vidéos sur le site internet du club est autorisée par les licenciés, parents de mineurs et accompagnateurs.

Sauf avis contraire des concernés formulé par lettre recommandée, et dans ce cas seulement, celles-ci seront effacées dans les plus brefs délais.

Pour les mineurs, la demande d'effacement sera faite par les parents.

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
Durant les 12 derniers mois		
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		
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. Simplement 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*

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 - viesportive@ffa.org

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

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z

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 ☐ un garçon ☐

Ton âge :

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 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 ?	☐	☐
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 ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite 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 à 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 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.

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 - viesportive@ffa.org

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

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z



AUTORISATION PARENTALE DE 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
(Discipline pratiquée)

en compétition, dans la catégorie immédiatement supérieure à celle de son âge avec autorisation médicale pour la saison 2025-2026 au sein de l'association sportive : **LE MINOTAURE**

Fait à le / /

Signature :

EN CAS D'ACCIDENT

(majeur : ne remplir que les personnes à contacter)

Nous autorisons le responsable de la section du club du **MINOTAURE**,
à prendre les dispositions nécessaires pour transporter notre fils, notre fille :

Et en cas d'urgence de la/le faire hospitaliser et opérer.

Personne à contacter en cas d'accident :

Mère :	Père :	Autre :
Tél :	Tél :	Tél :

Numéro de Sécurité Sociale * :

Mutuelle complémentaire * :

Votre médecin de famille * : Tél :

* Joindre les photocopies

Fait à le / /

Signature :

DOSSIER DE DEMANDE D'ASSIMILATION EN CATEGORIE « JOUEUR ASSIMILE FRANCAIS » (J.A.F.)

Joindre :

- ☐ une déclaration sur l'honneur de l'intéressé attestant qu'il n'a pas pratiqué le football américain, le flag football ou le cheerleading après l'âge de 16 ans en dehors de la France.
- ☐ une photocopie de la Carte Nationale d'Identité, ou du passeport en état de validité, du pays dont est originaire le demandeur, ou une autorisation de présence sur le territoire français (Visa « long séjour » ou autre), précisant que le licencié à plus de 21 ans au moment de sa demande ;
- ☐ tout autre document confirmant la demande

Rappel règlementaire :

Article 49 : Dérogation pour les joueurs ressortissants hors Union Européenne et assimilés

« 1) Les structures sportives affiliées peuvent déposer une demande de dérogation aux dispositions relatives aux ressortissants hors Union Européenne et assimilés pour tout joueur non ressortissant de l'Union Européenne, de plus de 21 ans, débutant le football américain, le flag ou le cheerleading dans le cadre de la Fédération. Si une telle dérogation est accordée, le joueur se voit attribuer pour la discipline concernée par la demande, une licence portant la mention « Joueur Assimilé Français » (JAF).

2) Cette dérogation est étudiée sur la base d'un dossier constitué par le club et devant notamment comporter :

- une déclaration sur l'honneur de l'intéressé attestant qu'il n'a pas pratiqué le football américain, le flag ou le cheerleading après l'âge de 16 ans en dehors de la France.
- tous autres documents confirmant la demande. »

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 - ffa@ffa.org

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

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e)

.....
 (Nom et Prénom)

Né (e) le: / /, à (.....)
 (Ville de naissance) (Pays de naissance)

domicilié (e) :

.....
 (Adresse)

.....
 (Code Postal)

.....
 (Localité)

Document d'identité :

- Type : Carte d'identité ☐ Passeport ☐

- Numéro :

- Etabli par (autorité, pays) :

CERTIFIE SUR L'HONNEUR n'avoir jamais pratiqué le :

☐ Football américain

☐ Flag Football

☐ Cheerleading

dans d'autres pays que la France après l'âge de 16 ans, que ce soit comme amateur, scolaire, universitaire ou professionnel, et avoir débuté pour la première fois cette discipline avec le club :
 (Nom du Club)

Et être régulièrement titulaire du document d'identité indiqué ci-dessus ainsi que des pièces constitutives du dossier.

En conséquence, je déclare répondre aux conditions prévues dans le règlement fédéral concernant les « JOUEURS ASSIMILES FRANCAIS ».

Je reconnais, en outre, avoir pris bonne note que toute fausse déclaration, ou fraude, est passible des sanctions prévues par le règlement fédéral.

Fait à :, le / /

Signature du déclarant précédée de la mention « lu et approuvé » :

Lu et approuvé

Tampon du club et signature du Président du club :



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 - ffa@ffa.org

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

Fédération Sportive régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 – SIRET n°348 985 276 00040 / APE n°9312 Z