Fédération Française de Pétanque et de Jeu Provençal
COMITE DEPARTEMENTAL DE L'ARDECHE

SECTEUR : .....

CLUB : .....

N° DU CLUB : ..... N° ANCIEN CLUB : .....

- SAISON 2026 -

☐ **CREATION** ☐ **RENOUVELLEMENT** ☐ **MUTATION**

(Cochez la case correspondante)

N° de licence :

Photo d'identité **récente à coller Ici**

A Remplir Lisiblement et complétement

Nom : .....

Nom de Naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Lieu & Dép. : .....

Sexe : M ☐ F ☐ Nationalité : Française ☐ Union Européenne ☐ Etrangère ☐

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Courriel : ..... @ ..... Tél : .....

Classification : ☐ **ELITE** ☐ **HONNEUR** ☐ **PROMOTION** ☐ **NON CLASSÉ**

☐ Titulaire d'une carte MOBILITE INCLUSION pour les personnes en situation de handicap.

Je fournis 1 PHOTO D'IDENTITÉ et j'accepte que ma photo soit téléchargée sur le logiciel fédéral de gestion des licences.
Le demandeur est susceptible de recevoir des offres commerciales de partenaires commerciaux de la F.F.P.J.P.
Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case ☐

HONORABILITE

☐ Je suis Arbitre, Educateur ou Dirigeant (Président, Secrétaire Général, Trésorier Général de club ou de Comité Départemental ou Régional) ou encadrant/responsable d'équipes aux Championnats de France. La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'arbitre, éducateur sportif et/ou de dirigeant d'Etablissement d'Activités Physiques et Sportives au sens des articles L.212-1 et L.322-1 du code du sport. A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la fédération aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L.212-9 du code du sport soit effectué. **J'ai compris et j'accepte ce contrôle**.

☐ Je refuse ce contrôle et confirme mon intention de ne pas exercer en 2026 le ou les fonctions concernées.

CERTIFICAT MEDICAL

- **Pour les majeurs :** plus de certificat médical.
- **Pour les mineurs :** renseigner le questionnaire de santé et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.
  A défaut fournir un certificat médical de moins de 6 mois. L'Attestation est à conserver par le président de club.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), ... père/mère/tuteur légal, autorise le bénéficiaire de cette demande, identifié ci-dessus, à pratiquer la Pétanque et le Jeu Provençal au sein de l'Association.

Personne à contacter en cas d'accident : (Nom : ..... Tél : .....)

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et atteste :

☐ Avoir été informé(e) qu'avec la licence, j'adhère simultanément au contrat collectif d'assurance souscrit auprès de MMA Assurances, par la F.F.P.J.P., conformément à l'article L.312-1 du Code du Sport, des garanties et de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat de personnes couvrant les dommages corporels (non obligatoire).
Nb : le coût de cette assurance non obligatoire accordée en base dans la licence est de 0.35€.
Si je ne souhaite pas cette assurance de personnes, cochez cette case ☐

☐ Avoir été informé(e) de l'intérêt **de souscrire les garanties complémentaires optionnelles,** accidents corporels, correspondant à l'option "Avantage" de la compagnie d'assurance MMA conformément à l'article L.321-4 du Code du Sport.

☐ Avoir été informé(e) de l'existence de garanties relatives à l'accompagnement juridique et psychologique ainsi qu'à la prise en charge des frais de procédure engagés par les victimes de violences sexuelles, physiques et psychologiques.

SIGNATURE DU JOUEUR/JOUEUSE
ou du REPRESENTANT LEGAL

Les données personnelles figurant sur ce document font l'objet de traitements informatiques aux fins de traitement de gestion des licences. Vu le Règlement UE 2016/679, la directive (UE) 2016/680, la loi de n°78-17 modifiée et le Décret n° 2019-536 relatif à la protection des données personnelles, vous avez le droit d'accéder et de demander une copie des données traitées vous concernant, de faire rectifier des données inexactes et de faire bloquer, effacer ou détruire des données, selon les circonstances et sous conditions, de vous opposer au traitement de vos données ou de restreindre ce traitement, selon les circonstances, de récupérer les données dans un format informatique lisible (portabilité).La durée de conservation des donnée est fixée à 5 ans. Pour toutes ces demandes, contactez votre club ou écrivez-nous à : sve@petanque.fr

Fédération Française de Pétanque et Jeu Provençal

INFORMATIONS ASSURANCE

SAISON 2026

La FFPJP a souscrit auprès de MMA par l'intermédiaire de l'agence AGIR ASSUR - 19 Bld Victor HUGO 30000 NIMES - Mail : jr@mma.fr - Tél : 04.66.40.35.15, le contrat N° 118 270 222 pour la saison sportive courant du 01/01/2026 au 31/12/2026.

Ce contrat couvre dans les termes et conditions détaillées au contrat qui est disponible sur demande de l'assuré à l'assureur, les personnes et activités suivantes :

Personnes assurées :

→ Les préposés et dirigeants des structures et des clubs FFPJP, les licenciés, les membres des équipes de France, les animateurs, entraîneurs, arbitres, juges, bénévoles, et plus généralement toute personne ayant la qualité de préposé ;

Activités assurées :

→ Organisation, pratique et enseignement des disciplines dispensées et agréées par la Fédération Française de Pétanque et de Jeu provençal à l'occasion de : Compétitions sportives, qu'elles soient locales, régionales, nationales ou internationales, entraînements, formations, initiations, stages, actions de promotion, activités périscolaires, exercice d'autres activités sportives lorsqu'elles sont organisées par une personne morale assurée ;

Nature et montant des garanties accordées :

	GARANTIES DE BASE	Option "Avantage" (en complément des garanties de base)
RESPONSABILITE CIVILE :	15 250 000 € (1)	
Dont :		
Dommages corporels et immatériels consécutifs	15 250 000 € (2)	
Dommages matériels et immatériels consécutifs	3 000 000 €	
ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS (Accordée aux titulaires d'une licence FFPJP et ayant souscrit à la Garantie de base « ACCIDENTS CORPORELS »)		
Décès (y compris événement cardio-vasculaire, étouffement, rupture d'anévrisme)	Si - de 16 ans : 5 000 € Si 16 ans ou plus : 16 000 €	**Si - de 16 ans : 8 000 €** **Si 16 ans ou plus : 45 000 €**
Majoration du capital de 2 500 € si l'assuré est marié, pacsé ou en concubinage (non séparé), et par enfant à charge (dans la limite de 4 enfants)		
Invalidité permanente Capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après consolidation		
• de 1% à 60%	50 000 € (1)	**65 000 € (1)**
• de 61% à 100%	90 000 € (1)	**105 000 € (1)**
Indemnité suite à coma Versement d'une indemnité égale à	2% du capital décès par semaine de coma (maxi 50 semaines)	
Remboursement de soins	200% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale	
Avec une sous-limite de :		
- Frais hospitaliers	Selon montant légal (100%)	
- Chambre particulière	30 € / jour, maxi 30 jours	
- Prothèse dentaire, par dent (forfait)	450 € (2)	**700 € (2)**
- Bris de lunettes ou lentilles (forfait)	450 € (2)	**700 € (2)**
- Prothèse auditive, par appareil (forfait)	450 € (2)	**700 € (2)**
- Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles,...)	1 000 € (2)	**1 000 € (2)**
- Frais de transport primaires (non pris en charge par la SS)	300 € porté à 3 000 € pour les transports par hélicoptère	
Incapacité temporaire	16 € / jour maxi 365 jours	**47 € / jour maxi 365 jours**
Frais de rattrapage scolaire	1 600 € en cas d'arrêt > 2 mois	
Frais de redoublement de l'année d'études	1 600 € en cas d'arrêt > 2 mois	
Frais de formation professionnelle pour une reconversion professionnelle	1 600 € à compter de 35 % d'IPP	

(1) Garantie maximum 1 525 000 euros en cas de sinistre collectif
(2) Ce montant s'entend par « sinistre et par année d'assurance » par assuré

Souscription des garanties complémentaires en cas d'accident corporel :

Consciente du devoir d'information que la loi fait peser sur elle et conformément aux dispositions de l'article L.321-6 du Code du sport, la FFPJP propose aux licenciés qui le souhaitent de souscrire des garanties complémentaires au-delà des garanties de base offertes par la licence.

→ Renvoyez-le accompagné d'un chèque d'un montant de **7,00 € TTC** libellé à l'ordre de l'agence :
AGIR ASSUR - Mail : jr@mma.fr
19 Bld Victor HUGO - 30000 NIMES

→ Renvoyez-le par mail à l'adresse **jr@mma.fr** si vous réglez par virement : IBAN : FR76 1660 7003 4678 1217 7384 571 BIC : CCBPFRPPPPG // indiquez impérativement en référence votre nom et numéro de licence et mention OAFFPJP

Important : ce document est un résumé du contrat d'assurance et de sa notice d'assurance. Tous deux sont disponibles dans leur version complète avec les exclusions sur le site de la FFPJP ou sur demande à votre assureur conseil SARL AGIR ASSUR

MMA IARD Assurances Mutuelles Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes RCS Le Mans 775 652 126
MMA IARD Société anonyme au capital de 537 052 368 euros entièrement versé RCS Le Mans 440 048 882
Sièges sociaux : 160 rue Henri Champion - 72030 Le Mans Cedex 9
Entreprises régies par le Code des Assurances - IDU REP Éco circulaire FR231780_03XL0T

AC705-2 - (10/2025) - Imp MMA Le Mans