

**INFORMATIONS SUR LES PRINCIPALES GARANTIES DE L'ASSURANCE FCSAD (incluse dans votre inscription)**

<b>DOMMAGES CAUSES AUX TIERS</b>		
<b>RESPONSABILITE CIVILE</b>		
Dommages corporels (hors intoxications alimentaires)		10 000 000 €
Dommages matériels		1 524 491 €
Dommages immatériels consécutifs à un dommage corporel et/ou matériel garanti		762 246 €
<b>DEFENSE PENALE ET RECOURS</b>		15 245 €
<b>ACCIDENTS CORPORELS lors de la pratique de votre sport* et pendant les transports</b>		
<i>*à l'exclusion des sports soumis à une obligation d'assurance légale:mécaniques, aériens, automobiles, motocyclistes, nautiques à moteur, etc</i>		
Décès (capital)		18 294 €
Invalidité Permanente totale		36 588 €
En cas d'arrêt de travail (indemnisation journalière; un an maximum avec franchise de 7 jours)		9,15 €
Frais Médicaux, Pharmaceutique et Hospitaliers		610 €
Frais d'Appareillage	par Sinistre et par personne	305 €
Frais d'Optique	par Sinistre et par personne	305 €
Prothèse Dentaire	par dent	305 €
Prothèse Dentaire	maxi par sinistre et par personne	610 €

**LA DÉCLARATION DE SINISTRE DOIT ÊTRE FAITE DANS LES 5 ou 10 JOURS SUIVANT LE SINISTRE.**

**SOUSCRIPTION DE GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SUR IMPRIME A VOTRE DISPOSITION AU SECRÉTARIAT DU CLUB.**

**Fournir un certificat médical (1ere inscription ou autre activité, validité 3 ans) mentionnant chaque section sportive choisie, une photo et le règlement par chèque ou numéraire . les renseignements doivent être complets pour enregistrer l'inscription**

**FICHE D'INSCRIPTION AU C.S.A. 28 RT - 2018/2019 (1 fiche par famille)**

**catégorie de l'adhérent (n° à reporter dans les renseignements personnels)**

Défense en Activité DEF1			Défense en non Activité DEF2	
Officier	DEF11		Retraité Militaire	DEF21
Sous Officier	DEF12		Retraité Civil Défense	DEF22
Militaire du rang	DEF13		Ancien civil ou Militaire (sans pension retraite)	DEF23
Civil Défense	DEF14		Famille (de militaire activité ou non -à charge)	DEF24

Civil hors défense	ED	Grade et Nom du parrain:	N° de carte CSA du parrain:
--------------------	----	--------------------------	-----------------------------

NOM		Grade	
ADRESSE		Ville	
TELEPHONES		Code P.	
@mail		@	

Personne à prévenir en cas d'accident: N° téléphone:

N° carte CSA					
Prénom					
Date naissance					
Lieu naissance					
Sexe					
N° de catégorie					
Activités sportives et culturelles choisies					Certificat Médical (Validité 3 ans) en date du:

**Je déclare avoir pris connaissance et accepter:statuts, règlements intérieur du club et interne section, de la ligue , FCD, charte éthique FCD et la couverture assurance qui lui est proposée. Ainsi que l'autorisation d'exploitation des droits à l'image.**

**J'atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques du Questionnaire Santé.**

NOM:	DATE:	SIGNATURE:
------	-------	------------