

## Programme Form+ post-covid19

Du 21 juillet au 30 août 2020

Les dossiers d'inscription sont à compléter et retourner à votre enseignant en Activités Physiques Adaptées

Le stage est à destination de toutes les personnes touchées par le Covid19 ou dont les capacités physiques ont été impactées fortement par le confinement dû au Covid19.

Je soussigné, (NOM / Prénom).....

Téléphone : ..... Email : .....

Déclare,

- M'inscrire au programme Form+ post-covid19 proposé par le comité régional Pays de la Loire de la FSCF<sup>1</sup>.
- M'être acquitté des frais d'inscription au programme (**30€ pour l'ensemble du programme**) par espèces ou par chèque à l'ordre de l'association *Alerte de Méan*.

Règlement :  Espèces  Chèque n°.....

- Posséder un Certificat Médical d'absence de contre-indication à la pratique d'une activité physique et sportive, daté de moins de 3 mois (cf. modèle ci-dessous).
- Adhérer à l'option assurance individuelle offerte par l'assureur de l'association Alerte de Méan (MMA), et avoir pris connaissance de l'extrait de la notice d'information fournie.
- Refuser l'adhésion à l'option assurance individuelle offerte par l'assureur de l'association Alerte de Méan (MMA).

Fait à : .....

Le : ...../...../.....

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé » :

<sup>1</sup> FSCF : Fédération Sportive et Culturelle de France

## CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné(e)..... Docteur en médecine,

Après avoir examiné ce jour .....

Mme ou M. ....

Né(e) le /...../...../...../

Certifie après examen que son état de santé actuel :

- Ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des activités physiques ou sportives, en particulier pour la ou les disciplines suivantes :
  - En compétition et en loisir\* : .....
  - En loisir uniquement\* : .....
- Présente une contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives suivantes\* : .....

(\*à compléter ou rayer selon les cas)

Date :

Signature et Cachet

## Tableaux de garanties PACK ACTIVITES 2019/2020

Tableaux de garanties accidents corporels :

NATURE DES GARANTIES	MONTANT DES GARANTIES			MONTANT DES FRANCHISES
	FORMULE			
	Mini	Midi	Maxi	
<b>ASSURANCE DES ACCIDENTS CORPORELS</b>				
<b>DECES</b> .....	13 000 € (1)	19 000 € (1)	39 000 € (1)	
Majoration du capital :				
- Si l'assuré est marié, pacsé ou en concubinage (non séparé)		5 000 €		
- Par enfant à charge (dans la limite de 4 enfants)		5 000 €		
<b>INVALIDITE PERMANENTE</b> .....				
- Capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après consolidation	25 000 € (1)	37 000 € (1)	77 000 € (1)	Franchise relative de 5%
<b>INDEMNITE SUITE A COMA</b>				
Versement d'une indemnité égale à .....	2% du capital décès par semaine de coma dans la limite de 50 semaines sans pouvoir toutefois dépasser le montant dudit capital décès			14 jours
<b>INCAPACITE TEMPORAIRE</b>				
	Néant	12 €	23 €	4 jours
<b>REMBOURSEMENT DE SOINS</b> .....				
(sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance dans la limite des frais réels)	200% du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale			Néant
<u>Avec une sous-limite de :</u>				
- Frais hospitaliers .....	Selon montant légal			Néant
- Chambre particulière .....	30 € / jour, maxi 30 jours			Néant
- Prothèse dentaire, par dent (forfait) .....	250 € (2)	350 € (2)	500 € (2)	Néant
- Bris de lunettes ou lentilles (forfait) .....	250 € (2)	350 € (2)	500 € (2)	Néant
- Prothèse auditive, par appareil (forfait) .....		160 € (2)		
- Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles, etc.) .....		160 € (2)		
Frais de transport primaires (non pris en charge par la SS)		300 €		
	porté à 3 000 € pour les transports par hélicoptère			Néant
<b>FRAIS DE RECHERCHES ET DE SECOURS</b>		2 500 €		
<b>FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE</b>		1 600 €		15 jours d'arrêt
<b>FRAIS DE REDOUBLEMENT DE L'ANNEE D'ETUDES</b>		1 600 €		2 mois d'arrêt
<b>FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE</b>		1 600 €		35% d'IPP
- En cas de taux d'infirmité permanente > à 35%				

(1) Garantie maximum 1 525 000 € en cas de sinistre collectif

(2) Ce montant s'entend par « sinistre et par année d'assurance » par assuré

Tableaux de garanties assistance voyage :

NATURE DES GARANTIES ET PRESTATIONS	MONTANT DES GARANTIES	MONTANT DES FRANCHISES
<b>ASSISTANCE VOYAGES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE</b> (sans franchise kilométrique, durée maximum = 90 jours consécutifs)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frais de transport de l'assuré blessé ou malade</li> </ul>	Frais réels	NEANT
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins médicaux à l'étranger               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frais de soins y compris envoi de médicaments et soins dentaires</li> </ul> </li> </ul>	150 000 €	80 €
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolongation de séjour avant rapatriement               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frais d'hôtel</li> </ul> </li> <li>- Frais de transport retour</li> <li>• Rapatriement ou transport sanitaire</li> <li>• Retour prématuré</li> <li>• Transport et rapatriement du corps</li> <li>• Retour des autres personnes</li> <li>• Transport d'un membre de la famille               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frais d'hôtel</li> </ul> </li> </ul>	80 € / nuit maximum 10 nuits Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels Frais réels 80 € / jour maximum 10 nuits 15 000 € 1 500 €	NEANT
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caution pénale</li> <li>• Assistance juridique à l'étranger</li> <li>• Avance de fonds à l'étranger</li> <li>• Aide en cas de perte de documents d'identité</li> <li>• Aide en cas d'annulation ou retard d'avion</li> <li>• Transmission de message urgent</li> <li>• Chauffeur de remplacement</li> <li>• Assistance aux enfants et petits enfants</li> </ul>	500 € GARANTI GARANTI GARANTI GARANTI Billet A/R (train ou avion) GARANTI	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagnement psychologique</li> </ul>		

**Extrait de la notice de garantie – [www.fscf.asso.fr/assurances](http://www.fscf.asso.fr/assurances)**