ASSURANCES 2016/2017
ATTESTATION

COMITE DEPARTEMENTAL : …… **N° D'AFFILIATION :**……

NOM DU CLUB : …… **DISCIPLINE :** ……

La Fédération Française du Sport Travailliste vous informe avoir souscrit auprès de la Mutuelle Des Sportifs des contrats répondant aux obligations légales : Accord collectif n° 133N, Mutuaide Assistance, MMA n°116-434-945.
Les notices d'informations vous seront remises en même temps que votre licence.
Vous reconnaissez avoir été informé(e) de la possibilité de souscrire à titre individuel à des garanties complémentaires.

Nom	Prénom	Date de naissance	Signature de l'adhérent ou du représentant légal

A joindre signée par l'adhérent à toute demande de licence. En cas de non production de ce document, aucune licence ne sera délivrée et le dossier sera retourné.

Courrier : 51, rue de la Gare – 78370 PLAISIR
Mail : f-f-s-t@orange.fr
Fax : 01 30 79 06 83