

## FEUILLE D'INSCRIPTION

**A rendre dûment complétée + photo avant le 2 oct 2013  
( + 2 photos + Certificat Médical pour la licence FSGT si pratique de la compétition)**

**NOM :** \_\_\_\_\_

**PRENOM :** \_\_\_\_\_

**DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_

**ADRESSE PERSONNELLE :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Personnel :**

(Indiquer L.R. si liste rouge)



**Portable :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SITE OU USINE =S=** \_\_\_\_\_

(Si vous n'appartenez pas au Groupe =S=, indiquez ici le nom de votre Entreprise)

**SERVICE**

(Intitulé complet)

\_\_\_\_\_



**Bureau :**

\_\_\_\_\_

**E Mail :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je demande à être inscrit(e) à la section volley-ball pour l'année 2013 - 2014 et m'engage à respecter les règlements du Grenoble Sports Entreprises (GSE) et ceux de cette section.

En cas de départ, j'en informerai le bureau.

Fait à

le,

Signature

**PHOTO**



**SECTION VOLLEY-BALL**

Saison 2013-2014

**INFORMATION ASSURANCES**

Assurance de base souscrite par la section

**Quels sont les risques couverts, en cas d'accidents survenant à tout joueur adhérent ?**

La section souscrit à l'Assurance du GSE.

L'exercice de la garantie couvre la pratique du volley ball en entraînements, stages, compétitions. L'Assurance du GSE prend effet après remboursement de la Sécurité Sociale Obligatoire (+ mutuelle éventuelle).

**Risques garantis :**

- Responsabilité Civile.
- Individuelle accident obligatoire - Décès - Incapacités permanentes  
- Frais médicaux - Pharmaceutiques et Hospitalisation.

**En cas d'accident, que devez vous faire ?**

Faire une déclaration très rapidement en contactant le responsable assurance (\*) dans les 2 JOURS suivant l'accident, le dossier complet devant être transmis dans les 5 JOURS.

Même si un accident paraît bénin, faire une déclaration.

L'Assurance rembourse le blessé uniquement à la reprise des activités, sur présentation d'un dossier complet comprenant :

- Notes, Factures, Bordereaux originaux de la Sécurité Sociale et des Mutuelles
- Toute pièce justifiant de dépenses remboursables.

**Indemnités journalières (pour le personnel =S= uniquement).**

Le C.C.E. a souscrit auprès de la **MACIF**, un contrat garantissant le paiement d'une indemnité mensuelle correspondant à 80% de la perte réelle de salaires nets imposables.

Cette indemnité ne viendra, s'il y a lieu, qu'en complément des indemnités garanties par ailleurs (Sécurité Sociale – Régime de prévoyance SCHNEIDER ELECTRIC) pour une durée de 24 mois maximum.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'assurances, et ce conformément à l'article 38 de la loi 84-610 du 16 juillet 1984 modifiée par celle du 13 juillet 1992.

NOM :

PRENOM :

A.....le.....

Signature : (précédée de la mention « lu et approuvé »)