

TUTO LICENCE OVALE

Accéder à votre compte

 **VAL-e**

Identifiant *


 x

Mot de passe *

[Besoin d'aide?](#) [Mot de passe oublié?](#)

CONNEXION

Entrez le numéro de licence et le mot de passe reçu par mail

 **VAL-e**

Accueil / Accueil

Page d'accueil Oval-e 2

[ACCUEIL](#) [DEMANDE JOUER DEUX CLUBS](#)

INFORMATIONS

La transmission des affiliations 2018-2019 par les Clubs et leur validation par les Ligues Régionales est maintenant possible.
Vous trouverez ci-contre les principales nouveautés concernant les Clubs :
<http://spiral-ffrugby.univ-lyon1.fr/spiral-files/download?mode=inline&data=95957>
L'impression des Cartes de qualification est de nouveau possible.

MESSAGERIE FFR

Vous pouvez accéder à la messagerie FFR officielle de votre club en cliquant sur le lien suivant : <http://webmail.ffr.fr>
L'identifiant de connexion est l'adresse de messagerie de votre club.
Par exemple, si le code de votre club est 4653H, l'identifiant pour se connecter est 4653H@ffr.fr

Retrouvez ci-dessous vos demandes d'affiliation pour la saison 2018-2019 :

- [Cliquez ici pour accéder à votre demande d'affiliation dans le club R C ANDRESIEN](#)

Retrouvez ci-dessous vos prochaines convocations :

NUMERO	MATCH/PLATEAU	DATE RENCONTRE	TÉLÉCHARGÉE	ETAT	ACTIONS
<input type="text"/>					

0 20 Lignes par page

Aucun enregistrement à afficher.

© 2018 Oval-e - Tous droits réservés

Arrivé sur cette page cliquez sur le lien bleu

Formulaire de (ré)affiliation / mutation à la F.F.R. Saison : 2018-2019

DATE DE LA DEMANDE : 14/06/2018

CLUB : 6049V / R.C. ANDRESIEN

AFFILIE : 200

TYPE DE LA DEMANDE : Ré-affiliation

COMITÉ : 2009J / NORMANDIE

DOSSIER : 20180000547180

Les informations marquées d'un astérisque () sont obligatoires et doivent impérativement être renseignées pour valider la demande d'affiliation.*

ETAPE 1 : INFORMATIONS PERSONNELLES

Informations sur le licencié

NOM *
PRENOM *
DATE NAISSANCE *
SEXE *
NATIONALITE *

Masculin
France

VILLE NAISSANCE *
CODE POSTAL NAISSANCE *

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL
TÉLÉPHONE PORTABLE
TÉLÉPHONE DOMICILE
LISTE ROUGE *
EMAIL *
CONFIRMER EMAIL *

@gmail.com
@gmail.com

TUTEUR #1 *
TUTEUR #2

Mère
Père

Adresse du licencié

ETAGE - ESCALIER - APPARTEMENT
IMMEUBLE - BÂT. - RESIDENCE
NUMÉRO ET LIBELLÉ DE VOIE *
LIEU-DIT OU BOÎTE POSTALE
CODE POSTAL *
CODE INSEE
LOCALITE *
PAYS *

ETAPE 2 : SELECTIONNER LES LICENCES DÉSIRÉES

LICENCE *

Licence de joueur

Educatif

LICENCE EDUCATEUR / ENTRAINEUR *

Licence éducateur / entraîneur

Non

LICENCE ARBITRE *

Licence arbitre

Non

LICENCE DIRIGEANT *

Licence dirigeant

Non

Sur cette partie
Etape 1 et Etape 2,
pensez à remplir
ou vérifier toutes
les informations

Le demandeur déclare par la présente :

Certifier ne jamais avoir été qualifié à la F.F.R.

Accepter d'être domicilié au siège du club auprès duquel il est rattaché.

Accepter de se soumettre à toutes les décisions ou sanctions qui lui seraient infligées par la FFR ou une Ligue Régionale en sa qualité de licencié à la FFR.

[Pour les acteurs visés par le décret n° 2017-1834 du 28 décembre 2017] Reconnaître que mes renseignements personnels (nom, prénom, date et lieu de naissance, adresses postale et électronique) peuvent être utilisés par la FFR aux fins d'assurer le contrôle de l'interdiction de parier (c. sport, art. L. 131-16, c et L. 131-16-1). Le personnel habilité de la FFR et l'ARJEL sont destinataires de ces renseignements.

Accepter de transmettre les résultats du questionnaire et des examens médicaux réglementaires : sur demande, au médecin président de la commission médicale de son Comité Territorial pour la délivrance de sa licence, compte tenu des risques liés à la pratique du rugby LOISIR.

J'ai pris connaissance et j'accepte les conditions de la FFR

Vous devez cocher les 2 cases-ci pour générer la suite des étapes 3 et 4

Informations relatives aux précautions à prendre afin de pratiquer le rugby

Je reconnais avoir été informé(e) par la FFR, par ma Ligue Régionale et par mon club :

1/ des contraintes spécifiques liées à la pratique du rugby, tant à l'entraînement qu'en compétition, et de la nécessité d'une préparation adéquate, notamment de la colonne vertébrale, selon le poste occupé.

2/ des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par l'intermédiaire de ma licence souscrite auprès de la FFR pour lesquelles une notice figure ci-dessous (bouton "Prendre connaissance des assurances et des options facultatives").

3/ de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires.

4/ que lesdites garanties complémentaires proposées figurent au dos du présent document et me permettent en particulier de porter la limite des garanties de 4,5 à 6 M€ maximum pour les IPP importantes.

Traitement des données personnelles.

CONSULTER ET VALIDER VOS CHOIX DE TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES *

Informations relatives aux assurances à prendre afin de pratiquer le rugby

CONSULTER ET VALIDER LE CONTRAT D'ASSURANCE ET LES OPTIONS *

Ouvrez les bandeaux rouges et cochez les documents suivants

commerciaux ou promotionnels de ses données, au travers de son espace personnel avec son identifiant ou mot de passe, ou demander aux administratifs des clubs, des Ligues ou de la FFR leur modification ou effacement. Cependant, les données constitutives de l'autorisation de pratique du Rugby, ne pourront être limitées, modifiées, effacées ou faire l'objet d'une opposition au traitement, si elles ne permettent plus la garantie de la conformité de la personne au bon respect des Statuts et Règlements de la FFR.

Le licencié ou demandeur de licence peut par ailleurs, et dans les limites visées ci-avant, demander une limitation, s'opposer au traitement et demander la portabilité de ses données.

Le licencié ou demandeur de licence est informé qu'en cas de retrait de son consentement au traitement de ses données personnelles, la FFR ne sera plus en mesure de traiter la demande de licence ou la qualité de licencié ; par conséquent, la licence pourra ne pas être délivrée pour le demandeur et le licencié pourra perdre sa qualité de licencié et faire l'objet d'une mesure de radiation.

Le licencié ou le demandeur de licence, ou toute personne désignée par lui, peut donner à la FFR des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles après son décès.

Délégué à la Protection des Données

La Fédération Française de Rugby a procédé à la nomination d'un délégué à la Protection des Données. Il peut être contacté à tout moment par e-mail à protection.donnees@ffr.fr ou au 01 69 63 67 55 au jours et heures ouvrables.

Les personnes concernées qui estimeraient ne pas pouvoir faire valoir leurs droits auprès de la FFR, peuvent signaler leur différend auprès de la CNIL : www.cnil.fr

Je certifie avoir pris connaissance, compris et accepté les déclarations de Traitement des Données Personnelles mis en œuvre pour mon affiliation à la Fédération Française de Rugby

J'autorise la FFR à utiliser mes données personnelles (e-mail, adresse postale) à des fins promotionnelles ou commerciales pour ses propres activités (billetterie, produits dérivés) et celles qu'elle peut réaliser au nom de ses partenaires ou fournisseurs officiels, sans cession des données à ces tiers.

Oui Non

J'autorise la FFR à transmettre certaines de mes données personnelles (nom, prénom, e-mail, adresse postale) à des tiers, et notamment ses partenaires et fournisseurs officiels, à des fins commerciales, associatives ou humanitaires.

Oui Non

ANNULER

VALIDER

Cochez le contrat FFR et les autorisations puis VALIDEZ

1.1 - Garantie de base - ACCIDENTS CORPORELS

Accident Corporel : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Les indemnités réglées au titre de cette garantie « Accidents Corporels » sont déductibles des indemnités qui vous seraient allouées au titre de la garantie « Responsabilité Civile ».

Les indemnités sont évaluées selon le droit commun. Toutes les sommes versées ou dues par les organismes sociaux, les tiers tenus à indemnisation et par tout organisme intervenant dans l'indemnisation des préjudices assurés viennent en déduction de chacune des indemnités décrites ci-dessous.

Vous êtes assuré lors d'un événement garanti en cas de : frais de soins, déficit fonctionnel permanent, décès.

Nature et limites de votre garantie Accidents Corporels :

Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation : en complément, des prestations fournies par les régimes sociaux obligatoires et s'il y a lieu; des régimes complémentaires et dans la limite des frais réels :

- **Assurés sociaux** 150 % des tarifs conventionnés de la Sécurité Sociale en vigueur à la date du remboursement.
- **Non assurés sociaux** 200 % des tarifs conventionnés de la Sécurité Sociale en vigueur à la date du remboursement.
- **Les frais de prothèse dentaire** sont limités à 500 € par dent fracturée avec un maximum de 2.500 € par accident.
- **Les frais de chambre individuelle** sont pris en charge en cas d'intervention de la Sécurité Sociale ou d'un organisme similaire.
- **Les frais de transport en ambulance** 35 % des frais dans la limite de 500 € par accident.
- **Les frais d'optique pour les arbitres** sont limités à 400 € en cas de bris de lunettes au cours d'un match.

2	84	132	60	42	18
3	96	144	72	48	24

2.2 Indemnités journalières (suite à une perte de salaire réelle)

Une franchise de 30 jours est applicable. La durée de la garantie est de 365 jours comptés à partir de la date du 1^{er} arrêt de travail.

Option	Montant maximum journalier (€)	Prime T.T.C (€)
1	40	420
2	80	720
3	160	1020

LES INSCRIPTIONS SONT RECUES AU CLUB

Courtier Gestionnaire : Centre de Gestion Administratif Rugby
41207 ROMORANTIN CEDEX

S.A au capital de 264.000 € Siret Paris B 379 429 756
N° ORIAS 07 022 402

Pour les opérations de courtage d'assurances, garantie financière et assurance de responsabilité civile professionnelle conformes aux articles L530-1 et L530-2 du code des assurances.

FIDELIA ASSISTANCE

Société anonyme au capital de 21.593.600 entièrement libéré
Entreprise régie par le Code des Assurances – R.C.S. Nanterre B 377 768 601
Siret 377.768.601.00041 – NAF 6512Z
27 quai Carnot 92210 SAINT-CLOUD

GMF ASSURANCES

Société anonyme au capital de 181.385.440 €
Entreprise régie par le Code des Assurances
R.C.S. Paris B 398.972.901 NAF 6512Z
148 rue Anatole France 92597 LEVALLOIS-PERRET Cedex

Je reconnais avoir lu et pris connaissance des informations figurant dans la notice d'assurance

Assurances complémentaires

- Option 1 : Je décide de souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées et je remplis les formalités correspondantes
- Option 2 : Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées, en toute connaissance de cause

ANNULER

VALIDER

Cochez le contrat d'assurance et l'option 2 si vous possédez une assurance puis **VALIDEZ**

ETAPE 4 : TÉLÉCHARGER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES

Photo d'identité *

Pièce à joindre au dossier (Identité)

Sélectionner...

Si il n'y a pas de bandeau vert, télécharger une photo (nette et portrait, bien cadrée)

Justificatif d'identité ou photocopie du passeport *

Sélectionner...

Téléchargez un justificatif d'identité

Certificat Médical (formulaire papier)

Ce certificat peut être imprimé à partir du bandeau blanc ci-dessous. Il est disponible à l'impression uniquement après que l'affilié ait entièrement complété l'ETAPE 3. Pour rappel, une fois imprimé et signé par le médecin et l'affilié, l'original du Certificat Médical doit être remis au Club.

Certificat médical de non contre-indication à la pratique du rugby *

Sélectionner...

Documents à télécharger

- [Autorisation de soins](#)
- [Brochure Garanties d'Assurance - Saison 2018-2019](#)

Si une autorisation de soins est à télécharger, vous cliquez ici pour la remplir et la re-scanner (voir page suivante)

Une fois le certificat médical téléchargé, imprimé et signé par le médecin, le SCANNER ICI

Pensez à sauvegarder souvent

Le formulaire peut être vérifié par votre Club.

SAUVEGARDER LES INFORMATIONS SAISIES


TÉLÉCHARGER LE CERTIFICAT MÉDICAL

Photo d'identité *

Pièce à joindre au dossier (Identité)

Selectionner...

received_10155499251044730.jpg



RECADRER LA PHOTO

Si bandeaux verts, juste vérifier les documents de l'année précédentes

Autorisation de soin en cas d'accident

Selectionner...

autorisation_de_soins ADAM 2019.pdf

Autorisation en cas soins

Certificat medical de non contre-indication a la pratique du rugby *

Certificat Médical (formulaire papier)

Ce certificat peut être imprimé à partir du bandeau blanc ci-dessous. Il est disponible à l'impression uniquement après que l'affilié ait entièrement complété l'ETAPE 3. Pour rappel, une fois imprimé et signé par le médecin et l'affilié, l'original du Certificat Médical doit être remis au Club.

Selectionner...

Cliquer ici pour télécharger la licence pour le médecin (exemple en page suivante).

Le formulaire peut être vérifié par votre Club.

SAUVEGARDER LES INFORMATIONS SAISIES

TÉLÉCHARGER LE CERTIFICAT MÉDICAL



CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Rappel :

L'original de ce Certificat Médical doit être remis au Club dans lequel [] né(e) le 20/05/1966, s'affilie pour la saison 2018-2019.
Une version scannée de ce Certificat Médical doit être déposée sur le formulaire d'affiliation dématérialisée du demandeur (Etape 4 du formulaire d'affiliation sur le site www.ovale2.ffr.fr).

ZONE RESERVEE AU MEDECIN

NOTE A L'ATTENTION DES MEDECINS POUR CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU RUGBY

Le Comité Médical de la FFR et ses différents experts ont rédigé le document « Visite Médicale de non contre-indication à la pratique du rugby / Aide à la consultation » que vous pouvez consulter sur le site www.ffr.fr à la rubrique : AU CŒUR DU JEU / COMITE MEDICAL / REGLEMENT MEDICAL. En cas d'interrogation, vous pouvez joindre le Président de la Commission Médicale de votre ligue régionale.
Pour les joueurs de plus de 35 ans, un avis cardiologique de non contre-indication à la pratique du rugby est conseillé.
Pour les joueurs et arbitres de plus de 40 ans, des examens complémentaires sont obligatoires (voir sur site FFR « DOCUMENT MEDICAL POUR LICENCE » en fonction de la pratique et de l'âge.)

Je soussigné,
Nom, prénom: _____ Téléphone: _____
Titre et qualification : _____
Adresse : _____

atteste que [] ne présente aucune contre-indication cliniquement décelable :

- A la pratique du rugby loisir
 Pour entrainer

Indiquez le nombre de cases cochées ci-dessus : 1, 2, 3, 4 (en fonction du nombre de réponses inscrites ci-dessus, le praticien confirme le nombre de réponses qu'il a validées en cochant l'une de ces 4 cases)

NB : La validation de la non contre-indication à la pratique du rugby en compétition valide aussi la pratique de l'arbitrage en compétition et/ou la pratique de l'entraînement.

Le présent certificat a été établi à la demande du patient (ou de son représentant légal) et lui a été remis en main propre.

Aucune rature n'est autorisée.

Signature et cachet obligatoires du praticien :

Date: _____

N° d'enregistrement au Conseil de l'Ordre : _____

ASSURANCES

ZONE RESERVEE A L'AFFILIE

Je reconnais avoir pris connaissance sur mon formulaire d'affiliation (Etape 3 du formulaire sur le site www.ovale2.ffr.fr) :

- 1/ des contraintes spécifiques liées à la pratique du rugby, tant à l'entraînement qu'en compétition, et de la nécessité d'une préparation adéquate, notamment de la colonne vertébrale, selon le poste occupé.
- 2/ des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par l'intermédiaire de ma licence souscrite auprès de la FFR pour lesquelles une notice figure ci-dessous (bouton "Prendre connaissance des assurances et des options facultatives").
- 3/ de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires.
- 4/ que lesdites garanties complémentaires proposées figurent au dos du présent document et me permettent en particulier de porter la limite des garanties de 4,5 à 6 M€ maximum pour les IPP importantes.

Je confirme avoir choisi l'option suivante :

Option 2 : Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées, en toute connaissance de cause.

Date : _____
Signature du demandeur
(Représentant Légal si le demandeur est mineur)

VOILA VOUS TOUCHE LA FIN !!!!!!!

Bien tout faire remplir par le médecin, numéro conseil de l'ordre, cachet et signature

Récapitulatif de toutes vos encoches .

Signez et datez et **A**
SCANNER entier et nette

Pensez à redonner une fois scanner le certificat médical au sein de votre club