



JOUEUR / DIRIGEANT / VOLONTAIRE

DEMANDE DE LICENCE DE FOOTBALL - SAISON 2025-2026

A remplir intégralement

En cas de première demande, fournir une photo d'identité et un certificat médical (uniquement pour les mineurs)



Nom du club *

N° d'affiliation du club *

IDENTITÉ

NOM *

NOM Naissance

Sexe * : M ☐ F ☐

PRÉNOM *

Nationalité *

Né(e) le *

/

/

à CP *

Ville de naissance *

Adresse (1) *

CP *

Ville *

Pays de résidence *

Téléphones : fixe

mobile *

(1) le tournis (ou non représentant légal) une adresse postale et une adresse électronique auxquelles me seront envoyées des communications officielles notamment celles prévues par le règlement disciplinaire de la FFF ainsi qu'un lien pour activer mon espace personnel sécurisé (Mon compte FFF - <https://mon-compte.fff.fr>) afin de prendre connaissance de mes éventuelles sanctions disciplinaires. A défaut, j'accepte expressément que les adresses de mon club soient utilisées pour mes communications officielles.

CATÉGORIE(S)

Demande une ou des licences de types (plusieurs cases peuvent être cochées) *

Dirigeant ☐ Volontaire ☐ Joueur ☐ Libre ☐ Futsal ☐ Entreprise ☐ Loisir ☐

DERNIER CLUB QUITTÉ

Saison :

Nom du club :

Fédération étrangère le cas échéant :

ASSURANCES

Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance, dans le document fourni au verso ou ici <https://fff.fr/le/ass/9300.pdf>, par ma ligue régionale et mon club *

- des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût.
- de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer.
- de la possibilité et de mon intérêt, à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous)
- ☐ Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur.
- ☐ Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

OU BIEN

OFFRES COMMERCIALES

Je souhaite être informé(e) d'offres exclusives, sélectionnées pour moi, par la FFF ☐

Je souhaite être informé(e) d'offres préférentielles de la part des partenaires officiels de la FFF ☐

COORDONNÉES

Les coordonnées d'un demandeur dirigeant ou volontaire sont susceptibles d'apparaître sur les annuaires et/ou les sites internet de la FFF, des Ligues ou des Districts. Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case ☐

LICENCE MINEUR : AUTO-QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Le certificat médical n'est pas obligatoire. Ce principe est applicable uniquement si la condition suivante est respectée :
- l'intéressé doit répondre au questionnaire de santé (<https://www.fff.fr/le/ass-ll-min-2025-2026.pdf>) et attester d'une réponse négative à toutes les questions.
Dans le cas contraire vous devez fournir le certificat médical ci-dessous qui ne sera valable que pour la saison en cours.

Par la présente, le bénéficiaire et son représentant légal attestent avoir pris connaissance du questionnaire et attestent avoir *

☐ Répondre NON à toutes les questions : pour autorisation de surclassement simple (dans les conditions de l'article 73.1 des RG de la FFF)

☐ Répondre OUI à une ou plusieurs question(s) : certificat médical ci-dessous à faire remplir

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Dr

- présente l'absence de contre-indication médicale à la pratique du football
- en compétition,
- en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure (2).

Pour les dirigeants :

- présente l'absence de contre-indication médicale à l'arbitrage occasionnel.

(1) : Obligatoire. (2) : Page en cas de non-réponse. (3) : Le certificat doit être rempli en totalité (sauf pour les mineurs).

LICENCE MINEUR : SIGNATURE

Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.
Représentant légal du demandeur :
Nom, prénom *
Signature *

LICENCE MAJEUR : AUTO-QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Le certificat médical est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe n'est applicable que si les deux conditions suivantes sont respectées pendant la période de trois saisons :
- l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre.
- l'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé (<https://www.fff.fr/le/ass-ll-2025-2026.pdf>) et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Par la présente, je confirme avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir *

☐ Répondre NON à toutes les questions : certificat médical ci-dessous à faire remplir

☐ Répondre OUI à une ou plusieurs question(s) : certificat médical ci-dessous à faire remplir

(1) : certifie que le bénéficiaire, identité ci-dessous,

Date de l'examen : / / (1)
Bénéficiaire (nom, prénom)

Signature et carnet (1)(3)

LICENCE MAJEUR : SIGNATURE

Le demandeur certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.
Demandeur *
Signature *

REPRÉSENTANT DU CLUB : SIGNATURE

Je certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes et engagent la responsabilité du club.

Nom, prénom *
Le * / / Signature *

(*) Champs obligatoires
Vos données sont collectées par la FFF comme responsable de traitement aux seules fins de gestion de votre demande de licence. Pour plus d'informations sur le traitement de vos données et sur vos droits, consultez notre Politique de confidentialité dédiée : <https://www.fff.fr/le/ass-ll-2025-2026.pdf>