



Nom et Adresse de la section MGEN associée au Comité Départemental 2FOPEN :

Club des retraités de la MGEN  
« conciergerie » 42 rue Charles Robin 01000 Bourg en Bresse

### AIDE licence 2025 -2026

### Département n° 01

Avez-vous déjà été licencié(e) à la 2FOPEN ?  
OUI  NON

Madame  Monsieur

N° de licence .....

NOM (en majuscules) : .....

Cochez la case correspondante à votre situation et si OUI, indiquez votre N° de licence.

PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

Remplir soigneusement ces renseignements et **très lisiblement votre adresse courriel**, car c'est par ce média que vous recevrez votre licence.

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉLÉPHONE : .....

Téléphone : Principalement le portable

TÉLÉPHONE PORTABLE : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE EMAIL : .....

Licencié(e) en situation de handicap  OUI  NON

Sauf cas particulier, inutile de cocher ces cases.

Licencié(e) dans une autre fédération  OUI  NON

ACTIVITÉ 1 : .....

Indiquez vos activités pratiquées couvertes par la licence

AUTRES ACTIVITÉS : .....

Je choisis la licence 2FOPEN 2025-2026 : (cochez la case)

MGEN/2FOPEN .....  30 €

Cochez la case 30€

Licence temporaire du ..... au .....

Même si le montant demandé est différent

(Maximum 2 nuits consécutives renouvelable 2 fois)  11 €

Assurance optionnelle IA Sport  11 €

Participation départementale = 7 € Total = 37€

..... €

Espèces  Virement  Chèque n° ..... de .....

Ne rien indiquer sur ces lignes réservées à la gestion Club.

A l'ordre de : .....

Banque : .....

J'atteste avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance ainsi que de la possibilité de souscrire à l'option indemnités corporelles renforcées « I.A. Sport+ ».

Je souhaite souscrire la garantie « I.A. Sport+ » qui se substituera, en cas d'accident corporel, à la garantie de base de la licence. J'ai bien noté que la garantie I.A. Sport+ serait acquise à compter de la date de souscription jusqu'à la fin de période de validité de ma licence.

Ne pas cocher ces 2 premières cases.

Je souhaite renoncer à toute assurance de base ou renforcée et dans l'hypothèse où je souhaite demander le remboursement de la part de l'assurance liée à ma licence, j'ai pris note que je devrais envoyer un courrier au siège 2FOPEN ou un mail à comptabilite@2fopen.com indiquant mon nom, prénom, n° de licence 2FOPEN, en y joignant un RIB personnel ou par coupon détachable MAIF (cf documents MAIF via votre comité départemental).

J'ai noté que ma prise de licence donne l'autorisation à la 2FOPEN d'utiliser, pour la gestion de ses licenciés, les données personnelles ci-dessus et j'ai pris note que je pourrai à tout moment exercer mon droit de regard sur elles.

Vous pouvez cocher les 2 dernières cases

J'ai noté que ma prise de licence vaut acceptation de l'abonnement au bulletin d'information électronique de la 2FOPEN et j'ai pris note que je pourrai à tout moment m'en désabonner.

Datez et signez le document

Signature

Fait à : .....

Le : .....