



DEMANDE DE LICENCE : Création Renouvellement Mutation

Photo*
(Format JPEG)

Nom du Club :

N° Affiliation du Club :

N°CD :

IDENTITE (*Mentions obligatoires)

N° DE LICENCE* (si déjà licencié) : SEXE* : F: M : TAILLE (1) : CM (Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection)

NOM* : PRENOM* : DATE DE NAISSANCE* :/...../.....

LIEU DE NAISSANCE* : PAYS : NATIONALITE* (majeurs uniquement) :

ADRESSE : CODE POSTAL : VILLE* :

TELEPHONE DOMICILE : PORTABLE : EMAIL* :

J'autorise les partenaires de la FFBB à m'envoyer, par courriel, des offres commerciales.
Je refuse que la Fédération conserve ma photographie au-delà de la saison sportive en cours.

FAIT LE :/...../..... Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus

Signature obligatoire du licencié
ou de son représentant légal :

Cachet et signature du
Président du club :

CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin - *Rayer la mention inutile)

Je soussigné, Docteur certifie avoir examiné M / Mme et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre-indiquant :
- la pratique du basket en compétition ou du sport en compétition*
- la pratique du basket ou du sport*.

FAIT LE/...../..... A

Signature du médecin :

Cachet :

SURCLASSEMENT (ne nécessitant pas un imprimé spécifique)

M/Mme peut pratiquer le Basketball dans la catégorie immédiatement supérieure dans le respect de la réglementation en vigueur au sein de la FFBB.

FAIT LE/...../..... A

Signature du médecin :

Cachet :

ATTESTATION QUESTIONNAIRE MEDICAL (à remplir par le licencié)

J'atteste par la présente avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions relatives au questionnaire de santé (cerfa N°15699*01 joint à la demande) et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entrainera obligatoirement la production d'un nouveau certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport et/ou du Basket.

FAIT LE/...../..... A

Signature du licencié :

PRATIQUE SPORTIVE BASKET (type de licence souhaitée) :

1 ^{ere} famille*	Catégorie	2 ^{nde} famille (optionnelle)	Niveau de jeu*
Joueur Compétition Loisir Vivre Ensemble	U..... Senior	Technicien Officiel Dirigeant
Technicien	Non diplômé Diplômé Fédéral Diplômé d'Etat		
Officiel	Arbitre OTM Commissaire Observateur Statisticien		
Dirigeant	Elu Accompagnateur Salarié		

***CHARTRE D'ENGAGEMENT (à remplir par le licencié souhaitant évoluer en championnat de France ou qualificatif au championnat de France)**

J'atteste par la présente avoir rempli et signé la charte d'engagement afin d'évoluer en :

Championnat de France

Pré-Nationale

*Mentions obligatoires

INFORMATION ASSURANCES : (Cocher obligatoirement les cases correspondant à vos choix)

JE SOUSSIGNÉ(E), le licencié ou son représentant légal, NOM : PRÉNOM :

- Reconnais avoir reçu et pris connaissance des notices d'information relatives aux garanties Individuelle Accident (Accord collectif n° 2159 / Mutuelle des Sportifs-MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité Civile (Contrat n° 4100116P / MAIF) ci-annexées et consultables sur www.ffbb.com, conformément aux dispositions du Code du Sport et à l'article L141-4 du code des Assurances, ainsi que des garanties Individuelles complémentaires proposées par la MDS.
- Souhaite souscrire à l'une des options Individuelle Accident et coche la case correspondant à l'option choisie :

- Option A, au prix de 2,98 euros TTC.
- Option B, au prix de 8,63 euros TTC.
- Option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option A, soit un total de 3,48 € TTC (= A+).
- Option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option B, soit un total de 9,13 € TTC (= B+).

Ne souhaite pas souscrire aux garanties individuelles complémentaires proposées (= N)

Reconnais avoir reçu l'information de mes possibilités et de mon intérêt à souscrire à ces garanties pour les éventuels dommages corporels que je peux subir du fait de la pratique du Basket-ball

Fait à le ____/____/____

Signature de l'Adhérent ou de son représentant légal :
« Lu et approuvé »

En l'absence de stipulation expresse contraire de l'assuré, le capital décès est versé au conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut au concubin notoire ou au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut par parts égales aux enfants nés ou à naître, à défaut aux héritiers légaux.

SEULES LES DEMANDES D'ADHESIONS DUMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR.

