



DEMANDE DE LICENCE :  Création  Renouvellement  Mutation

Photo\*  
(Format JPEG)

Nom du Club : N° Affiliation du Club : CD :

**JE SUIS** (\*Mentions obligatoires)

N° DE LICENCE\*(si déjà licencié) : ..

Nom\* : Prénom\* :

Taille : cm (Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection)

Sexe :  F  M

Date de naissance\* .. / .. / ..... Lieu de Naissance\* : .. ..

Pays (\*si étranger) : .. ..

Nationalité\*(*majeurs uniquement*) : .. ..

Adresse : .. ..

Code Postal : .. .. Ville\* : .. ..

Téléphone Domicile : .. .. Portable : .. ..

Email\* : .. ..

**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 ..

**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 entraînera 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 .. ..

**SURCLASSEMENT** (ne nécessitant pas un imprimé spécifique et un examen par un médecin agréé)

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 : .. ..

**DOPAGE** (joueur mineur uniquement - \*cocher la case correspondante)

Par la présente, je soussigné(e) .. .. représentant(e) légal(e) de .. .. pour lequel une licence est sollicitée à la FFBB :

AUTORISE\*  REFUSE\*

tout préleveur, agréé par l'agence française de lutte contre le dopage (AFLD) à procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive lors d'un contrôle antidopage. Je reconnais avoir pris connaissance que l'absence d'autorisation est constitutive d'une soustraction au prélèvement d'un échantillon, susceptible d'entraîner des sanctions auprès de l'AFLD.

Signature obligatoire du représentant légal : .. ..

**JE SOUHAITE** : (cocher la ou les cases correspondantes)

Etre Adhérent

<input type="checkbox"/> Exercer une fonction	<input type="checkbox"/> Pratiquer le Basket :
<input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Joueur Compétition (5x5, 3x3 et Mini Basket)
<input type="checkbox"/> Officiel	<input type="checkbox"/> Joueur Loisir (5x5 et 3x3)
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> VxE
	<input type="checkbox"/> Joueur Entreprise (5x5 et 3x3)

**MES JUSTIFICATIFS:**

**\*CHARTRE D'ENGAGEMENT** (à remplir par le licencié souhaitant évoluer en championnat de France ou qualitatif 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

**JE M'ASSURE:** (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](http://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.(1)
- Option B, au prix de 8,63 euros TTC.(1)
- 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+).

(1) Aucune cotisation à acquitter au titre des Options A et B dans le cadre de la pratique du VxE.

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

Reconnais avoir reçu l'information relative à mes possibilités et de mon intérêt à souscrire à ces garanties Individuelle Accident auprès de l'assureur fédéral MDS ou l'assureur de mon choix 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 une pacte civil de solidarité, à défaut par parts égales aux enfants nés ou à naître, à défaut aux héritiers légaux.*

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

**ENGAGEMENT :**

En souscrivant une licence, je reconnais que la FFBB, ses organismes déconcentrés et les clubs peuvent être amenés à capter et utiliser mon image dans le cadre de la promotion et du développement du Basketball, à l'occasion de manifestations sportives à des fins non commerciales.

J'autorise la FFBB et ses filiales à m'envoyer par courriel des offres promotionnelles et/ou commerciales pour ses activités (billetterie, produits dérivés...).

J'autorise la FFBB à transmettre à ses partenaires on adresse électronique à des fins promotionnelles et/ou commerciales.

La base légale du traitement lié à la communication à but commercial et/ou promotionnel par la FFBB ou par des tiers est le consentement. Ces données seront traitées et conservées jusqu'au retrait de celui-ci par la personne concernée. La personne dispose du droit de retirer son consentement à tout moment conformément au Règlement UE 2016/679.

Je reconnais avoir pris connaissances des mentions sur la protection de mes données personnelles et certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements de ma demande de licence.

FAIT LE : .. / .. / ..

Signature obligatoire du licencié .. .. Cachet et signature du Président du club : .. ..



## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

**En raison du contexte sanitaire exceptionnel, nous recommandons vivement une visite médicale préalablement à la prise de licence ou la reprise d'entraînement**

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</b>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

#### **Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

#### **Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.