



Entente Slac Rogerville Basket

LETTRE D'ENGAGEMENT LICENCES ESRB SAISON 2018 / 2019

A joindre compléter avec votre document de demande de licence

Afin que votre licence soit prise en compte rapidement merci de :

- Remplir et compléter le document pour la création ou le renouvellement de la licence.
- Faire compléter le cadre certificat médical par votre médecin si c'est une création, sinon remplir le questionnaire de santé *et* indiquer votre nom / prénom si c'est un renouvellement.

Attention : le cadre concernant l'assurance doit être complété et signé.

- Renseignez-vous auprès du club pour bénéficier du *pass jeunes 76* pour les bénéficiaires de l'allocation rentrée scolaire.
- Joindre une photo d'identité qui sera mise sur le carton de licence.
- Donner le règlement de la licence (possibilité de régler la cotisation en plusieurs fois !)
- Si vous souhaitez prendre l'option 3X3 de la licence compétition, 5€ supplémentaire à payer.

Tout dossier incomplet ne sera pas traité !

CADRE RESERVE AUX SENIORS.

Je soussigné(e)s'engage à rembourser le club pour tous les frais occasionnés sur la saison 2018/2019 en cas de faute technique, faute disqualifiante Ou toute autre pénalité financière qui amènerait préjudice au club.

S'engage (pour les seniors uniquement) également à participer à l'organisation de la course à pied CORRIDA ou à se faire représenter par un proche en cas de participation à l'évènement.

En cas de non-paiement réclamé par le club, le président de l'ESRB pourra être amené à interdire l'accès au terrain du licencié concerné, et faire si besoin bloquer le renouvellement de licence par le comité départemental 76 jusqu'à la levée du litige.

Fait à :

Signature du licencié :

CADRE FACULTATIF RESERVE AUX PARENTS DE LICENCIES MINEURS.

Dans le cadre de notre activité sportive, nous pouvons être amené a réaliser des photos de match ou de tournoi, de présentation d'équipe, afin de faire la promotion du club.

Merci de renseigner les éléments ci-dessous **dans le cas ou vous n'autorisez pas** l'ESRB a posséder des photos en lien avec l'activité de basket de votre enfant mineur.

Je soussigné(e) : **n'autorisez pas l'ESRB**
a posséder des photos de mon enfant :

Fait à :

Signature du parent :

ENTENTE SLAC ROGERVILLE BASKET

Association déclarée à la Sous-préfecture du Havre le 06 Juin 2002 sous le numéro W762005164

SIREN : 448169383 SIRET : 44816938300016

Siège Social : Mairie, 6 Place de la Mairie 76700 Saint-Laurent de Brévedent

Téléphone : 0651758234 Mail : esrb.slac@gmail.fr

Site Internet : <http://club.quomodo.com/esr-basket/>



DEMANDE DE LICENCE 5x5:

Création

Renouvellement

Mutation

Comité Départemental :

N° Affiliation du Club :

Nom du Club :

IDENTITE

N° de licence *(si déjà licencié) :

NOM*

PRENOM*:

SEXE*: F : M

TAILLE(1): CM

DATE DE NAISSANCE* :

NATIONALITE*(majeurs uniquement) :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE* :

TELEPHONE DOMICILE :

PORTABLE :

E-MAIL* :

J'autorise les partenaires de la FFBB à m'envoyer, par courriel, des offres commerciales.

FAIT LE :

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Signature obligatoire du licencié
ou de son représentant légal :

Tampon et signature du
Président du club :

(1) Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection.

*Mentions obligatoires

CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin)

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 sport en compétition ou du basket en compétition*
- la pratique du sport ou du basket*.

FAIT LE

A

Signature du médecin :

Tampon :

*Rayer la mention inutile

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 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 :

PRATIQUE SPORTIVE BASKET 5x5 (type de licence souhaitée) :

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.

1 ^{ère} famille*	2 ^{ème} famille (optionnelle)	Catégorie	Niveau de jeu*
<input type="checkbox"/> Joueur <input type="checkbox"/> Compétition +OPTION 3x3 <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Entreprise		<input type="checkbox"/> U..... <input type="checkbox"/> Senior	
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat	
<input type="checkbox"/> Officiel		<input type="checkbox"/> Arbitre <input type="checkbox"/> OTM <input type="checkbox"/> Commissaire <input type="checkbox"/> Observateur <input type="checkbox"/> Statisticien	
<input type="checkbox"/> Dirigeant		<input type="checkbox"/> Elu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> 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
- Championnat Qualificatif au Championnat de France

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 :

Tampon :

Dopage (joueur mineur uniquement) :

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 qu'un refus de se soumettre à un contrôle est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

Signature obligatoire du

représentant légal :

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 notaire 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'ADHÉSIONS DUMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR

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.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<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"/>
A ce jour		
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.