



DEMANDE DE LICENCE:

Création

Renouvellement

Comité Départemental : 62

N° Affiliation du Club : 1162154

Nom du Club : AL MARQUISE

IDENTITE

N° de licence *(si déjà licencié) :

NOM* :

SEXE* F M

PRENOM* :

TAILLE(1) : CM

DATE DE NAISSANCE* :

NATIONALITE*(majeurs uniquement) :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE* :

TELEPHONE DOMICILE :

PORTABLE :

E-MAIL* :

 Je refuse l'utilisation, par la FFBB, ses organismes déconcentrés et ses partenaires, de mes données personnelles à des fins non commerciales. Je n'autorise pas la FFBB et ses partenaires à m'envoyer, par courrier ou par email, 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 / Melle 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 ou en loisir*.

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

PRATIQUE SPORTIVE (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*
Joueur		<input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Senior	
<input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> 3x3 <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Entreprise	<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"/> Technicien		<input type="checkbox"/> Arbitre <input type="checkbox"/> OTM <input type="checkbox"/> Commissaire <input type="checkbox"/> Observateur <input type="checkbox"/> Statisticien	
<input type="checkbox"/> Officiel		<input type="checkbox"/> Elu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Salarié	
<input type="checkbox"/> Dirigeant			

SURCLASSEMENT (ne nécessitant pas un imprimé spécifique)

M/Mme/Melle 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 :

* CHARTE 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 ou en Championnat Qualificatif au
Championnat de France

*Mentions obligatoires

Dopage (joueur mineur uniquement) :

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

INFORMATION ASSURANCES :

(Cocher **obligatoirement** les cases correspondant à vos choix)

JESOUSSIGNÉ(E), le licencié ou son représentant légal, NOM :

PRÉNOM :

 Reconnais avoir reçu pris connaissance des notices d'information relatives aux garanties Individuelle Accident (Accord collectif n° 2159 / Mutuelle des Sportifs-MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité Civil (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-ballFait 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