

EVEIL SPORTIF DE MONTMOROT

SECTION BASKET

SCHMITT Franck
11 rue du vallon 39570 COURLANS
Tel : 06 82 68 87 46
esmoutmorot.secretariat@gmail.com



DOSSIER DE DEMANDE DE LICENCE

Pour la création de vos licences nous avons besoin de :

- la **demande de licence** complétée entièrement.
- le **certificat médical** - **si nécessaire** voir page « questionnaire de santé ».

Le certificat médical est valable 3 ans, donc plus besoin de voir le médecin tous les ans !

Il faut remplir la fiche « questionnaire de santé » (que vous devez conserver) :

si vous répondez NON à toutes les questions :

- remplir le cadre « **attestation questionnaire médical** »

si vous répondez OUI à une ou plusieurs questions :

- Prendre rendez-vous chez le médecin et lui faire remplir le cadre « **certificat médical** »

- une **photo** (une nouvelle chaque année)
- la « **fiche renseignements** » (ci-jointe).
- le **règlement de la cotisation**.
Dans la cotisation l'assurance A est comprise.
↳ Si vous n'en voulez pas, le prix ne change pas.



Pensez à cocher pour ne rien oublier !

Un oubli retardera la validation de votre licence et vous empêchera de jouer les premiers matchs !!!

↳ **Si vous voulez une autre assurance, pensez à payer la différence avec la cotisation !**

- SI VOUS ETES SENIORS** : remplir et rendre « La charte d'engagement ».
- SI VOUS ETES UNE FILLE/FEMME** : remplir et rendre « La fiche licence AS »

Une fois le dossier **COMPLET** donnez le à Alexis ou envoyez le à l'adresse ci-dessus.

TABLEAU DES COTISATIONS 2018-2019

Né(e)s en ...	Catégories	Montant
2012 et APRES	U7	100 €
2010-2011	U9	
2008-2009	U11	
2006-2007	U13	120 €
2004-2005	U15	
2002-2003	U17	
1999 à 2001	U20	140 €
1997 et avant	Seniors	
Loisirs (attention pas de matchs en championnat possible)		100 €
Licenciés - Dirigeants - non joueurs		70 €



REDUCTIONS IMMEDIATES

Dans le cas où ...	Vous bénéficiez d'une réduction de ...
... vous étiez licencié chez nous la saison dernière.	5 € en moins
... vous avez rendu la totalité de vos papiers avant le 02 juillet.	5 € en moins
... votre enfant est élève à l'école primaire de Montmorot et qu'il fait sa 1 ^{ère} licence.	25 % en moins
...vous êtes un entraîneur ou un OTM diplomé	25 % en moins
...vous êtes un arbitre diplomé	50 % en moins



NB : possibilité de paiements échelonnés, donnez **TOUS** les chèques en début d'année avec la date d'encaissement désirée inscrite au dos de ceux ci.

FICHE RENSEIGNEMENTS

POUR VOUS JOINDRE :

Nom Prénom (celui de l'enfant pour les mineurs):

.....

Date de naissance :

Adresse :

CP et Ville :

Tél Dom :

Tél Port :

Tél Port 2 :

E m@il :@



POUR VOUS GATER !

Taille T-shirt :

6/8 ans 8/10 ans 10/12 ans

S M L

XL XXL

POUR NOTRE ORGANISATION :

Classe fréquentée :

Ecole fréquentée :

Horaires fin de journée (primaire) :



INFOS SANTÉ

Avez-vous des soucis de santé que nous devrions connaître ?

.....

.....

.....

.....

POUR LES DIPLOMÉS !

Niveau OTM validé :

DÉPART. REGION CHPT DE FRANCE

Souhaitez-vous faire un stage qualifiant ?

OUI NON

Niveau Arbitre validé :

DÉPART. REGION CHPT DE FRANCE

Souhaitez-vous faire un stage qualifiant ?

OUI NON

Niveau Entraîneur validé :

ANIM' INIT EJ

ER OU CQP BE1 OU BPJEPS BE2 OU DEJEPS

Souhaitez-vous faire un stage qualifiant ?

OUI NON

DROIT A L'IMAGE

En cochant ci-dessous,

je refuse que mon enfant apparaisse sur les médias (type facebook club et ou site du club).

Signature (impératif) :

Président :

Jean Marie GANDELIN
jmgandelin@gmail.fr

Salarié :

Alexis Beauchamp
Tel : 06 28 57 34 48

Mon Entraîneur / coach :

.....

Tel :



Internet : <http://esm-basket.clubeo.com>

Facebook : ESM Basket

E-M@IL : esm-montmorot.secretariat@gmail.com



HORAIRES ENTRAINEMENT

1.....

2.....

3.....

QUELQUES RAPPELS SUR NOTRE FONCTIONNEMENT :

Les absences aux entraînements et aux matchs sont à signaler à l'entraîneur le plus tôt possible.

Matchs à domicile : nous demandons aux familles d'apporter de quoi manger pour l'accueil des adversaires.

Matchs à l'extérieur : Nous avons besoins des familles pour transporter les joueurs(euses). Le **mini bus** du club est réservé pour les déplacements les plus lointains en priorité.

Les maillots sont lavés par les joueurs chacun leur tour.

**DEMANDE DE LICENCE 5x5:** Création Renouvellement MutationComité Départemental : **JURA** N° Affiliation du Club : **1239005** Nom du Club : **Eveil Sportif de MONTMOROT****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* : _____

 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 :(1) Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être rempli à des fins de détermination.
*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 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 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 Bas ket-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

Vous êtes informé que vos données à caractère personnel, recueillies sur ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique sous la responsabilité de la FFBB, et ce aux fins, suivant votre qualité (licencié, médecin ou représentant légal d'un mineur), de gérer les souscriptions de licences, de vous adresser de la prospection commerciale, de vérifier l'aptitude physique (absence de contre-indication médicale) et les autorisations de contrôle antidopage, ainsi que de gérer les souscriptions d'assurances. Les champs marqués d'un astérisque [*] ont un caractère obligatoire. Conformément à la réglementation, vous bénéficiez d'un droit, d'accès d'opposition, de rectification et de suppression ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort des données personnelles après la mort. Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que d'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis visés par le règlement européen n° 2016/679 (RGPD).

**REPLIR ET
GARDER EN
CAS DE BESOIN**



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"/>

**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*

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.

CHARTRE D'ENGAGEMENTS

Des Joueurs et Joueuses de NM2, NM3, PNM, NF1, NF2, NF3 et PNF

**A REMPLIR
par tous les
seniors**

Engagements du joueur ou de la joueuse

Je soussigné :

Joueur(se) du Groupement Sportif :

Evoluant en (Niveau) :

S'engage à :

- S'informer auprès de son club, des nouveautés mises en place par la FFBB sur le dispositif de Joueur/euse d'Intérêt Général,
- Ne pas signer de contrats autres que ceux spécifiquement prévus par les législations en vigueur ou les règlements fédéraux et ne permettant pas l'établissement de contrats à un certain niveau de compétition (article 728 des Règlements Généraux). Dans le cas contraire, respecter l'obligation que le Groupement Sportif transmette cette information, étant informé que la FFBB pourra, sur simple demande de la Commission de Contrôle de Gestion, obtenir ce contrat,
- Dans la perspective de la mise en place du contrat de Joueur d'Intérêt Général, et si intéressé par ce dispositif, se rendre disponible pour suivre le processus de formation y afférent.

A :

Le :

Signature du Joueur ou de la Joueuse

(Mention manuscrite : « Lu et approuvé »)



DEMANDE DE LICENCE AS

**A REMPLIR
par toutes
les licenciées
féminines**

Identité :

Nom du Joueur (se) : Prénom :

Date de Naissance : Sexe : F M

N° de licence :

Le cas échéant, date du surclassement (joindre certificat médical si besoin) :/...../.....

Type de licence (saison en cours) : JC JC1 JC2

Catégorie concernée par l'attribution d'une licence AS : Senior U20 U18 U17 U15 U13 Autre :

Compétition :

Date d'homologation C.T.C. : 01/07/2017

Club Principal :

Nom du club principal (ou club d'origine) : **ES MONTMOROT** N° informatique : 1239005

Indiquer le plus haut niveau de pratique dans la catégorie concernée dans le club principal :

- Championnat de France
 Régional Qualificatif au Championnat de France
 Régional Non Qualificatif au Championnat de France
 Départemental Qualificatif au Championnat Régional
 Départemental Non Qualificatif au Championnat Régional
 Pas d'équipe engagée

Club d'Accueil :

Nom du club d'accueil (ou club secondaire) **AL LONS LE SAUNIER** N° informatique : 1239007

(Indiquer le plus haut niveau de pratique dans la catégorie concernée dans le club d'accueil) :

- Championnat de France
 Régional Qualificatif au Championnat de France
 Régional Non Qualificatif au Championnat de France
 Départemental Qualificatif au Championnat Régional
 Départemental Non Qualificatif au Championnat Régional

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

Fait à : le : Signature du joueur ou du tuteur légal :

Fait à : le : Signature du Président club principal :

Fait à : le : Signature du Président club d'accueil :

Décision du Comité Départemental d'Accueil (1): Accord Refus

Date :

Tampon et Signature :

Document à adresser à la Commission des Qualifications du Comité Départemental de l'équipe d'accueil avant le 30 novembre 2018 pour les catégories U17 et plus et avant le 28 février 2019 pour les catégories U15 et moins.

Vous êtes informé que vos données à caractère personnel, recueillies sur ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique sous la responsabilité de la FFBB suivant votre qualité de licencié. Conformément à la réglementation, vous bénéficiez d'un droit, d'accès d'opposition, de rectification et de suppression ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort des données personnelles après la mort. Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que d'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis visés par le règlement européen n°2016/679 (RGPD).

Saison 2018/2019