

Cadre DEMANDE DE LICENCE : Cocher création (si non licencié dans un club durant la saison 2017/2018), mutation si changement de club ou renouvellement si licencié au SCBB durant la saison 2017/2018

A compléter avec les éléments suivants :

- Comité départemental : **CD91**
- N° Affiliation du Club : **1991040**
- Nom du Club : **SAINT-CHERON BB**

Cadre IDENTITE :

A compléter, dater et signer
Ne pas renseigner le N° de licence, le club s'en chargera.

Cadre PRATIQUE SPORTIVE :

Cocher uniquement une des cases de la colonne **1^{ère} famille** :
Compétition / **Loisir** (pour les Baby) / **Technicien** (entraîneur) / **Officiel** (arbitre / OTM) / **Dirigeant**

Cadre INFORMATION ASSURANCES :

L'assurance étant automatiquement incluse dans le tarif d'inscription au SCBB, cochez les 2 premières cases ainsi que l'option C pour les salariés et A pour les autres.
Puis dater et signer précédé de la mention « *Lu et approuvé* »

DEMANDE DE LICENCE 5x5: Création Renouvellement Mutation

Comité Départemental : N° Affiliation du Club : Nom du Club :

IDENTITE (à compléter par le licencié)
 N° de licence (si déjà licencié) : _____
 NOM* : _____ SEXE* : M F
 PRENOM* : _____ TAILLE (1) : _____
 DATE DE NAISSANCE* : _____
 NATIONALITE* (majuscules 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 : _____ 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

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"/> Compétition +OPTION 3x3 <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Entreprise	<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> U... <input type="checkbox"/> Senior <input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat <input type="checkbox"/> Arbitre <input type="checkbox"/> OTM <input type="checkbox"/> Commissaire <input type="checkbox"/> Observateur <input type="checkbox"/> Statisticien <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

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 : _____

SURCLASSEMENT (ne nécessitant pas un imprimé spécifique)
 M/Mme _____ peut pratiquer le Basketball dans la catégorie immédiate 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 Sports-MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité Civile (Contrat n° 4002216P / MAUF) conclues 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 le MDS.
 Je souhaite souscrire à : Parmi ces options Individuelle Accident je 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+B).
 Option D, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option B, soit un total de 9,13 € TTC (= B+D).
 Je ne souhaite pas souscrire à aucune des options Individuelle Accident proposées (N)
 Je reconnais avoir pris l'information de mon service client et de mon intérêt à souscrire à ces garanties pour les éventuels dommages corporels que je peux subir du fait de la pratique du Basketball.
 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'ASSURÉUR

Cadre CERTIFICAT MEDICAL :

A compléter par le médecin traitant **uniquement en cas création de licence** (sauf OTM et dirigeants) **ou si vous avez répondu OUI à au moins une question du questionnaire de santé situé au dos.**

Cadre ATTESTATION QUESTIONNAIRE MEDICAL :

Cocher la case, dater et signer si vous avez répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire de santé situé en page 2.

Cadre SURCLASSEMENT :

A compléter chaque année par le médecin traitant si est envisagé une pratique dans la catégorie immédiatement supérieure (à voir avec l'entraîneur concerné).

Cadre DOPAGE :

A compléter et signer par le représentant légal d'un joueur mineur.