

**DEMANDE DE LICENCE:** Création RenouvellementComité Départemental : N° Affiliation du Club : Nom du Club : **TITRE**

Licence *(si déjà licencié) :

:

NOM* :

DATE DE NAISSANCE* :

CIVILITE*(majeurs uniquement) :

SEXE :

POSTAL :

ADRESSE DOMICILE :

VILLE* :

autorise l'utilisation, par la FFBB, ses organismes déconcentrés et ses partenaires, de mes données personnelles à des fins non commerciales.

autorise pas la FFBB et ses partenaires à m'envoyer, par courrier ou par email, des offres commerciales.

E :

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

Signature obligatoire du licencié

et son représentant légal :

pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection.

à des fins obligatoires

Tampon et signature du
Président du club :

ACTIVITE SPORTIVE (type de licence souhaitée) :

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

Famille*	2 ^{ème} famille (optionnelle)	Catégorie	Niveau de jeu*
Compétition		<input type="checkbox"/> U <input type="text"/>	
Senior		<input type="checkbox"/> Senior	
Technicien	<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral	
Officiel	<input type="checkbox"/> Officiel	<input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat	
Dirigeant	<input type="checkbox"/> Dirigeant	<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 qualitatif au championnat de France)**

Je certifie 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

à des fins obligatoires

INFORMATION ASSURANCES :*(Cocher obligatoirement les cases correspondant à vos choix)*

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

PRÉNOM :

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des notices d'information relatives aux garanties Individuelle Accident (Accord collectif n° 2139 / Mutuelle des Sportifs-MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité Civil (Contrat n° 4100116P / MAIF) ci-jointes 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.

Je souhaite souscrire à l'une des options Individuelle Accident et cocher 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+).

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

Je 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

Signature de l'Adhérent ou de son représentant légal :
et approuvé »

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

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 06 août 2004, les personnes ayant fourni des informations personnelles disposent d'un droit d'accès, de rectification, de modification et de suppression de ses données qu'il peut exercer directement auprès de l'organisme compétent pour l'enregistrement de sa licence.

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 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

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 :

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.