



DEMANDE DE LICENCE CONTACT BASKET 2017-2018

(RESERVE AUX U7 ET PLUS)

Organisme Fédéral délivrant la licence (à remplir par l'organisateur) :

- Comité Départemental :
- Ligue Régionale :

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 médical annuel de non contre-indication à la pratique du Basket-ball en compétition

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 basket-ball en
compétition.

A Le / /

Signature du Médecin : Cachet :

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