

**A déposer au gymnase du Coudray aux permanences :**

- Mardi 20 juin de 18h30 à 20h
- Mercredi 21 juin de 16h à 19h
- Samedi 24 juin de 10h à 12h

**Un dossier complet doit être composé :**

- ☺ 2 photos d'identité récentes (écrire son nom et prénom au dos)
- ☺ la fiche d'inscription jointe complétée (page 1)
- ☺ le règlement intérieur signé (page 2)
- ☺ la demande de licence (page 3) complétée et signée

*Nb : l'adhésion à l'association vaut engagement à respecter notre règlement intérieur*

Tarif 2017/2018 : cotisation annuelle (des facilités de paiement sont possibles : paiement en plusieurs fois : septembre, octobre, novembre...)

Année de naissance	catégorie	SANS ASSURANCE	ASSURANCE A	ASSURANCE B
2011-2012	U7	100	103.7	109.5
2009-2010	U9	150	153.7	159.5
2007-2008	U11	180	183.7	189.5
2005-2006	U13	180	183.7	189.5
2003-2004	U15	180	183.7	189.5
2001-2002	U17	180	183.7	189.5
1999-2000	U20	180	183.7	189.5
Avant 1999	sénior	200	203.7	209.5
libre	Loisir (pas de match)	150	153.7	159.5
1943-1958	Bien être (60-75 ans)	150	153.7	159.5
libre	Dirigeant	45	48.7	54.5
libre	Entraîneur non joueur	100	103.7	109.5
libre	Licence bienfaiteur	libre		

La cotisation annuelle comprend une part fédérale revenant à la FFBB, une part revenant à la ligue régionale, une part au comité départemental de Loire-Atlantique, le solde permet de rémunérer le salarié du club Alexandre MACHU, de former des entraîneurs, des arbitres officiels...pour accompagner nos jeunes basketteurs(ses).

### Vous êtes un particulier ?

**Déduisez 66% de votre don**

- Vous êtes soumis à l'Impôt sur le Revenu (IR)
- Vous faites un don à l'ALPCM
- Vous bénéficiez d'une réduction de votre IR égale à 66% du montant de votre don
- Dans la limite de 20% de vos revenus nets imposables.

**Contactez CHRISTOPHE au  
06 17 98 03 96**

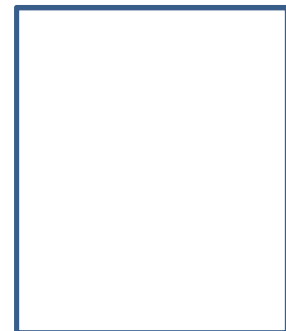
### Vous êtes une entreprise ?

Les entreprises bénéficient d'une réduction de **60% de leur don**, déductible de l'Impôt Société, dans la limite de 0,5% de leur chiffre d'affaires.

Un don de 1000 € revient à 400 €.

**Contactez CHRISTOPHE au 06 17 98 03 96**

**FICHE D'INSCRIPTION 2017-2018**



NOM du licencié(e): ..... PRENOM : .....

Date de naissance : ..... lieu : ..... taille : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... ville : .....

Téléphone : ..... Adresse mail : .....

Problème de santé à communiquer (asthme, allergie, diabète...) à l'entraîneur : .....

Responsable légal du licencié(e) à prévenir en cas d'urgence :

Nom : ..... prénom : ..... qualité : .....

Téléphone : .....

Nom : ..... prénom : ..... qualité : .....

Téléphone : .....

Autorisation parentale : (pour les licencié(e)s mineur(e)s)

Je soussigné(e) .....(nom, prénom) agissant en qualité de responsable légal autorise l'entraîneur de mon fils / ma fille ci-dessus nommé(e) à prendre en cas d'urgence toutes dispositions de transport, hospitalisation ou intervention clinique jugées indispensable par le médecin appelé auprès de mon enfant.

La présente, autorisation n'est valable qu'en cas d'impossibilité absolue de me joindre ou d'obtenir l'avis du médecin de famille.

Nom du médecin traitant : ..... téléphone : .....

-----L'A.L.P.CM NANTES BASKET a besoin de vous !-----

Je suis volontaire pour : (cocher si intéressé(e))

Devenir membre du comité directeur de l'ALPCM (afin de participer aux prises de décisions, proposer des idées etc.)	
Devenir membre de la commission « bar-restauration » (afin de participer à la tenue du bar, de la gestion des stocks...)	
Devenir membre de la commission « partenariats privés-loisirs » (afin de rechercher des partenaires privés...)	
Autre : .....	

Je n'autorise pas l'alpcm à utiliser les photographies, films, travaux et productions réalisées dans le cadre de l'activité sportive.

Je n'autorise pas l'alpcm à communiquer mes coordonnées à ses partenaires à des fins commerciales

Fait à Nantes, le ..... nom : .....

Signature

**1-L ASSOCIATION ALPCM s'engage à :**

- assurer l'encadrement des entraînements et des compétitions
- former les joueurs (ses), les arbitres, les officiels de table, les entraîneurs
- mettre à disposition le matériel et les équipements nécessaires
- entretenir l'esprit de convivialité dans le club

**2-LE JOUEUR(SE) s'engage à :**

- payer sa licence
- participer aux entraînements et aux matchs
- se présenter à l'heure aux rendez-vous fixés
- prévenir l'entraîneur en cas d'absence
- accepter les règles de l'entraîneur
- assurer l'arbitrage et la table de marque selon les convocations
- participer au rangement de la salle et du matériel après l'entraînement
- respecter l'arbitre, les coéquipiers, l'entraîneur, le coach
- respecter le lieu d'entraînement
- laver et rendre les tenues prêtées pour la saison
- consulter régulièrement le site [www.alpcm-nantesbasket.fr](http://www.alpcm-nantesbasket.fr)

**3-LES PARENTS s'engagent à :**

- respecter les arbitres
- respecter les choix de l'entraîneur et du coach
- communiquer avec le parent référent de l'équipe
- assurer les déplacements de l'équipe, la tenue du bar selon le planning établi par le parent référent

A NANTES, le ..... nom : .....prénom

Je reconnais avoir pris connaissance de ce règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Signature du licencié(e) :

signature du représentant légal :

pour l'ALPCM,  
le Président



DEMANDE DE LICENCE:  Création  Renouvellement

Comité Départemental : 44 N° Affiliation du Club : 0444015 Nom du Club : ALPCM NANTES

**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 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.

**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 <sup>ère</sup> famille*	2 <sup>nde</sup> famille (optionnelle)	Catégorie	Niveau de jeu*
<b>Joueur</b>		<input type="checkbox"/> U <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			

**\* 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

**INFORMATION ASSURANCES :**

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

JESOUSSIGNÉ(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 Civil (Contrat n° 4100116P / MAIF) ci-annexées et consultables sur [www.ffbb.com](http://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'ADHESIONS DUMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR**



## QUESTIONNAIRE DE SANTE

(Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive)

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. DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<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"/>
<b>A CE JOUR :</b>		
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. Simplem<sup>ent</sup> 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.*

**\* Le Questionnaire de santé est à conserver par le licencié (ou le club).**