



DEMANDE DE LICENCE :

 Création Renouvellement Mutation

Photo\*

(Format JPEG)

Nom du Club :

N° Affiliation du Club :

N°CD :

## IDENTITE (\*Mentions obligatoires)

N° DE LICENCE\* (si déjà licencié) : .....

SEXE\* : F:  M: 

TAILLE (1) : ..... CM (Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection)

NOM\* : ..... PRENOM\* : ..... DATE DE NAISSANCE\* : ...../...../.....

LIEU DE NAISSANCE\* : ..... PAYS : ..... NATIONALITE\* (majeurs uniquement) : .....

ADRESSE : ..... CODE POSTAL : ..... VILLE\* : .....

TELEPHONE DOMICILE : ..... PORTABLE : ..... EMAIL\* : .....

 J'autorise les partenaires de la FFBB à m'envoyer, par courriel, des offres commerciales. Je refuse que la Fédération conserve ma photographie au-delà de la saison sportive en cours.

FAIT LE : ...../...../..... Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus

Signature obligatoire du licencié  
ou de son représentant légal :Cachet et signature du  
Président du club :

## CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin - \*Rayer la mention inutile)

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 basket en compétition ou du sport en compétition\*

- la pratique du basket ou du sport\*.

FAIT LE ...../...../..... A ...../...../.....

Signature du médecin :

Cachet :

## 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 :

Cachet :

## 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 (cerfa N°15699\*01 joint à la demande) 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 (type de licence souhaitée) :

1 <sup>ère</sup> famille*	Catégorie	2 <sup>nde</sup> famille (optionnelle)	Niveau de jeu*
<input type="checkbox"/> Joueur <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Vivre Ensemble	<input type="checkbox"/> U..... <input type="checkbox"/> Senior	<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Dirigeant	.....
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat		
<input type="checkbox"/> Officiel	<input type="checkbox"/> Arbitre 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  Pré-Nationale

\*Mentions obligatoires

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