



DEMANDE DE LICENCE 2019/2020:  Création  Renouvellement  Mutation

Photo\*

(Format JPEG)

Nom du Club : Amicale NIEVRE BB N° Affiliation du Club : HDF0080014 N°CD : 80

**IDENTITE (\*Mentions obligatoires)**

N° DE LICENCE\*(si déjà licencié) :

SEXE\*: F:  M:

TAILLE (1) : 193 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 : certifié 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

*Signature* AMICALE NIEVRE BASKET-BALL

**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  
*Licencié(es) N-2* Cachet

**SURCLASSEMENT (ne nécessitant pas un imprimé spécifique)**

M/Mme Basketball dans la catégorie immédiatement supérieure dans le respect de la réglementation en vigueur au sein de la FFBB. peut pratiquer le

FAIT LE *voir Benjamin si besoin surclass* 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 (certa 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  
*Licencié(es) cette Saison ou N-1* *Signature*

**DOPAGE (joueur mineur uniquement - \*Rayer la mention inutile)**

Par la présente, je soussigné(e) représentant(e) légal(e) de 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 : *Signature*

**PRATIQUE SPORTIVE BASKET (type de licence souhaitée) :**

1 <sup>ère</sup> famille*	Catégorie	2 <sup>ème</sup> famille (optionnelle)	Niveau de jeu*
<input checked="" type="checkbox"/> Joueur	<input type="checkbox"/> U.... <input checked="" type="checkbox"/> Senior		DEP
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplôme Fédéral <input type="checkbox"/> Diplôme d'Etat	<input checked="" type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Dirigeant	
<input type="checkbox"/> Officiel	<input type="checkbox"/> Arbitre <input type="checkbox"/> 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](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 » *Signature*

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