

**FFBB****DEMANDE DE LICENCE:**

Création



Renouvellement

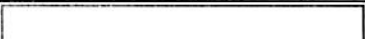
Comité Départemental :



N° Affiliation du Club :



Nom du Club :

**IDENTITE**

N° de licence * (si déjà licencié) :

NOM* :

SEXE* ☐ F ☐ M

PRENOM* :

TAILLE : 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 entraînera 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 ^{ère} famille*	2 ^{ème} famille (optionnelle)	Catégorie	Niveau de jeu*
Joueur		☐ U	
☐ Compétition		☐ Senior	
☐ 3x3			
☐ Loisir	☐ Technicien	☐ Non diplômé ☐ Diplômé Fédéral	
☐ Entreprise	☐ Officiel	☐ Diplômé d'Etat	
☐ Technicien	☐ Dirigeant	☐ Arbitre ☐ OTM ☐ Commissaire	
☐ Officiel		☐ Observateur ☐ Statisticien	
☐ Dirigeant		☐ Elu ☐ Accompagnateur ☐ Salarié	

*** 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)

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

PRENOM :

☐ Reconnais avoir reçu pris connaissance des notices d'information relatives aux garanties Individuelle Accident (Accord collectif n° 2159 / Mutuelle des Sports-MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité Civil (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 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+)

☐ 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-ballFait 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