FFBB

DEMANDE DE LICENCE: ☐ Création ☐ Renouvellement

Comité Départemental : 33 **N° Affiliation du Club :** 0333042 **Nom du Club :** FILS ROLAND BLAYE

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

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.

1ère famille*	2nde famille (optionnelle)	Catégorie	Niveau de jeu*
Joueur ☐ Compétition ☐ 3x3 ☐ Loisir ☐ Entreprise	☐ Technicien ☐ Officiel ☐ Dirigeant	☐ U ☐ ☐ Senior	
☐ Technicien		☐ Non diplômé ☐ Diplômé Fédéral ☐ Diplômé d'Etat	
☐ Officiel		☐ Arbitre ☐ OTM ☐ Commissaire ☐ 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
☐ Championnat Qualificatif au Championnat de France

*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*.

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**

Signature du licencié :

SURCLASSEMENT *(ne nécessitant pas un imprimé spécifique)*

M/Mme/Melle …… peut pratiquer le Basketball dans la catégorie immédiatement supérieure dans le respect de la règlementation 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'entrainer des sanctions disciplinaires.

Signature obligatoire représentant légal :

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 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 coche la case correspondant 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 (= 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

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 06 août 2004, les personnes ayant fourni des informations personnelles disposent d'un droit d'accès, de rectification, de modification et de suppression de ses données qu'il peut exercer directement auprès de l'organisme compétent pour l'enregistrement de sa licence.

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa
N°15699*01

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

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*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
A ce jour		
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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
**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. Simplement 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.