FFBB

DEMANDE DE LICENCE 5x5: ☐ Création ☐ Renouvellement ☐ Mutation

Comité Départemental : 74 N° Affiliation du Club : 0174025 Nom du Club : FLAP PUBLIER

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* : _____

☐ J'autorise les partenaires de la FFBB à m'envoyer, par courriel, 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 _____ 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 :

A faire compléter et tamponner par votre médecin.

*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 :

PRATIQUE SPORTIVE BASKET 5x5 (*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 +OPTION 3x3 ☑ Compétition ☐ Loisir ☐ Entreprise		☐U..... ☐Senior	
☐Technicien	☐ Technicien ☐ Officiel ☐ Dirigeant	☐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

SURCLASSEMENT *(ne nécessitant pas un imprimé spécifique)*

M/Mme 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 :

A remplir selon consigne de B. MORAS.

Dopage ***(joueur mineur uniquement)*** **:**

Par la présente, je soussigné(e) _____ représentant(e) légal(e) de _____ pour lequel une licence est sollicitée à la 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'entrainer des sanctions disciplinaires.

Signature obligatoire du 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 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+).

L'option A est déjà incluse dans la cotisation. Vous pouvez cependant choisir l'option B ou C en payant la différence.

☐ **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'ADHÉSIONS DUMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR

Vous êtes informé que vos données à caractère personnel, recueillies sur ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique sous la responsabilité de la FFBB, et ce aux fins, suivant votre qualité (licencié, médecin ou représentant légal d'un mineur), de gérer les souscriptions de licences, de vous adresser de la prospection commerciale, de vérifier l'aptitude physique (absence de contre-indication médicale) et les autorisations de contrôle antidopage, ainsi que de gérer les souscriptions d'assurances. Les champs marqués d'un astérisque [*] ont un caractère obligatoire. Conformément à la règlementation, vous bénéficiez d'un droit, d'accès d'opposition, de rectification et de suppression ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort des données personnelles après la mort. Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que d'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis visés par le règlement européen n°2016/679 (RGPD).

A remplir par tous les licenciés. A remplir par les nouveaux adhérents et les anciens qui ont répondu "OUI" à l'1 des questions (QM)

A remplir par les anciens adhérents FLAP.