

RENOUVELLEMENT FLAP BASKET

Saison 2019/2020 - Seniors

Les inscriptions des anciens licenciés sont ouvertes dès aujourd'hui

Pour les licenciés 2018/19 :

2 permanences d'inscription seront tenues avant la fin de saison :

- Samedi 8 juin, de 13h30 à 16h00 (lors du tournoi interne)

- samedi 15 juin, de 10h00 à 12h30 (Fête du sport)

➔ **FAITES VOS FORMALITES DES AUJOURD'HUI**

« Ce qui est fait n'est plus à faire !!! »

Feuilles roses = à conserver

Feuilles blanches = à nous rendre

1)- Le **formulaire licence FFBB** correctement complété (suivre le modèle de remplissage feuille rose). **ECRIVEZ LISIBLEMENT SVP**

2)- La **fiche d'inscription** FLAP complétée, datée et signée, avec au dos la **charte du licencié** avec mention « lu et approuvé », datée et signée

3)- **OBLIGATOIRE** : 1 **photo d'identité** (non collée, non agrafée) avec nom et prénom au dos ; à fournir absolument en même temps que les autres pièces du dossier, sinon la Fédé le refuse !

4)- Le **paiement** :

* Possibilité de payer en plusieurs fois → chèques à l'ordre du FLAP, datés du jour avec dates d'encaissements respectifs au dos de chacun (10/11, 10/12 ou 10/01 si vous ne souhaitez pas qu'un encaissement ait lieu en décembre, etc...) + NOM de l'inscrit.

* Aucun chèque ne sera encaissé avant le 10 novembre.

* Paiement par Pass'Région : joignez obligatoirement une copie du Pass.

FORMALITES MEDICALES :

Vous étiez licenciés au FLAP la saison 2018/19, votre certificat médical est donc potentiellement valable pour la saison 2019/20. Pour le vérifier, vous devez auto-évaluer votre état de santé en répondant aux questions du formulaire **« QUESTIONNAIRE MEDICAL »** (feuille rose).

Vous avez répondu « **OUI** » à
une (ou plusieurs) questions



Vous devez retourner chez votre médecin pour lui faire compléter le cadre « Certificat médical » du formulaire FFBB

Vous avez répondu « **NON** » à
toutes les questions



Vous n'avez pas à retourner chez le médecin. Complétez le cadre « Attestation questionnaire médical » (Cochez, datez, signez)

Reprise des entrainements : *lundi 02 septembre*

Ceci est un modèle



DEMANDE DE LICENCE : Création Renouvellement Mutation

Photo*
**A FOURNIR
ABSOLUMENT**

Nom du Club : FLAP PUBLIER BASKET N° Affiliation du Club : 0174025 N°CD : 74

C'est l'exemplaire vierge joint que vous devez compléter !

MODELE - SPECIMEN ...

IDENTITE (*Mentions obligatoires)
N° DE LICENCE* (si déjà licencié) : VT 777777 SEXE* : F: M: TAILLE (1) : 188 CM (Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection)

NOM* : PARKER PRENOM* : Tony DATE DE NAISSANCE* : 17/05/1982

LIEU DE NAISSANCE* : Bruges PAYS : BELGIQUE NATIONALITE*(majeurs uniquement) : FRANÇAISE

ADRESSE : 350, route du Vieux Mottay - Amphion CODE POSTAL : 74500 VILLE* : PUBLIER

TELEPHONE DOMICILE 04 50 77 77 77 PORTABLE : 07 77 77 77 77 EMAIL* : tonyparker@gmail.com

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 : 08/06/19 certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus

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

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

Je soussigné, Docteur **PIQUEMAL Alain** certifie avoir examiné M / Mme **PARKER TONY** 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 31/05/19 A Publier

Signature du médecin : *Piquemal* Cachet : *OU*

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 (certa N°15699*01 joint à la demande) 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 08/06/19 A Publier

Signature du licencié : *Parker*

PRATIQUE SPORTIVE BASKET (type de licence souhaitée) :

1 ^{ère} famille*	Catégorie	2 ^{ème} famille (optionnelle)	Niveau de jeu*
<input checked="" type="checkbox"/> Joueur <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Vivre Ensemble	<input type="checkbox"/> U.....	<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Dirigeant	
	<input type="checkbox"/> Senior		
	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat		
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Arbitre <input type="checkbox"/> OTM <input type="checkbox"/> Commissaire <input type="checkbox"/> Observateur <input type="checkbox"/> Statisticien		
<input type="checkbox"/> Officiel	<input type="checkbox"/> Elu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Salarié		
<input type="checkbox"/> Dirigeant			

DOPAGE (Joueur mineur uniquement - *Rayer la mention inutile)

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'entraîner des sanctions disciplinaires.

Signature obligatoire du représentant légal :

***CHARTRE D'ENGAGEMENT** (à remplir par le licencié souhaitant évoluer en championnat de France ou qualitatif 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 : PARKER PRENOM : Tony

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 Basketball

Fait à Publier le 08/06/2019

Signature de l'Adhérent ou de son représentant légal : *Parker*
* 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 RÈGLEMENT 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 auprès de la Fédération Française de Basketball pour l'enregistrement de la licence et pour les activités fédérales. Conformément à la réglementation en vigueur, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression des données vous concernant. Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données ainsi qu'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis visés par le règlement européen n°2016/679 (RGPD). Ces droits peuvent être exercés directement en vous adressant à la FFBB, 117 rue Château des Rantiers 75013 PARIS - (dpo@ffbb.com)

~ A CONSERVER ~

Formulaire pour auto-évaluer votre état de santé.



A ne pas joindre à votre dossier d'inscription

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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

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.

A CONSERVER