



IDENTITE

nom : _____ sexe F M

prénom : _____ taille : _____

Date naissance : ___/___/___ Nationalité : _____

Adresse : _____

C Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Email (obligatoire) : _____

J'autorise les partenaires de la FFBB à m'envoyer, par courriel, des offres ses partenaires, de mes données personnelles

FAIT LE : _____

JE CERTIFIE SUR L'HONNEUR, L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS.

signature du licencié/représentant **tampon et signature Club**

En souscrivant une licence, je reconnais que la FFBB, ses organismes déconcentrés et ses 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 et à des fins non commerciales

PRATIQUE SPORTIVE 5x5 (réservé au club)

1 ^{ère} famille*	2 ^{ème} famille (optionnelle)	Catégorie	Niveau de jeu*
Joueur <input type="checkbox"/> Compétition +OPTION 3x3 <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Entreprise		<input type="checkbox"/> U..... <input type="checkbox"/> Senior	
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat	
<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 (Chpt France et PréNat uniquement)

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

CERTIFICAT MEDICAL (tamponné par le médecin)

Je soussigné, Dr _____ certifie avoir examiné _____ et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre-indiquant :

- la pratique du basket en compétition (rayer la mention inutile)

- la pratique du sport ou du basket (rayer la mention inutile)

Date

signature du médecin **tampon**

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 obligatoire-ment la production d'un nouveau certificat médical de non contre-indication au sport et/ou basket

signature du licencié/représentant **date**

SURCLASSEMENT (ne nécessitant pas un imprimé spécifique)

M/Mme _____ peut pratiquer le Basket Ball dans la catégorie immédiatement supérieure dans le respect de la réglementation

signature du médecin **tampon et date**

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'entraîner des sanctions disciplinaires.

signature représentant obligatoire

INFORMATIONS ASSURANCES : cochez obligatoirement les cases correspondant à vos choix

Je soussigné, le licencié ou son représentant légal, NOM : _____ PRENOM : _____

Reconnais avoir reçus et pris connaissance des notices d'information relatives aux garanties Individuelle Accident (accord collectif no 2159 / Mutuelle des sportifs - MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité civile (contrat no 4100116P / MAIF) ci-annexés ou consultables sur www.ffbb.com, conformément aux dispositions du Code des Sports 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 correspondante

Option A, au prix de 2,98 E TTC **(inclus dans la cotisation de Palaiseau Basket)**

Option B, au prix de 8,63 E TTC **(à régler en sus)**

Option C au prix de 0,50 E TTC, en complément de A, soit un total de 3,48 E TTC (= A+) **(à régler en sus)**

Option C au prix de 0,50 E TTC, en complément de B, soit un total de 9,13 E TTC (= B+) **(à régler en sus)**

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 pourrais subir

date

signature

En l'absence de stipulation expresse contraire de l'assuré, le capital décès est versé au conjoint non divorcé, non séparé, à défaut au concubin notoire ou partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut à parts égales aux enfants nés ou à naître, à défaut aux héritiers légaux.

SEULES LES DEMANDES D'ADHESIONS DUMENT COMPLETEES, DATEES, SIGNEES ET ACCOMPAGNEES DU REGLEMENT CORRESPONDANT, SERONT PRISES EN COMPTE