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

Comité Départemental : 74 **N° Affiliation du Club :** 0174010 **Nom du Club :** CS FAVERGES BASKET

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

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

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 :

*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 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(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+).

☐**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).

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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.