



DEMANDE DE LICENCE 2022/2023 : Création Renouvellement Mutation

Photo*

(Format JPEG)

Nom du Club :

N° Affiliation du Club :

CD :

JE SUIS (*Mentions obligatoires)

N° DE LICENCE*(si déjà licencié) :
 Nom* : Prénom* :
 Nom de naissance*(si différent) :
 Sexe : F M Taille :cm (mineur uniquement)
 Date de naissance* :/...../.....
 Lieu de Naissance* :
 Pays (*si étranger) :
 Nationalité*(majeurs uniquement) :
 Adresse :
 Code Postal* : Ville* :
 Email* :
 Téléphone Domicile : Portable
 Représentant légal : Email* :

CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin - *cocher la case correspondante)

Je soussigné, Docteur certifie avoir examiné ce jour M./Mme et n'avoir décelé aucun contre-indication apparente :
Pour la pratique sportive :
 * la pratique du basket en compétition ou du sport en compétition (pratique compétitive y compris basket loisir)
Pour la pratique du Vivre Ensemble :
 * la pratique du basket ou du sport (pratique non compétitive – Vivre Ensemble)
FAIT LE/...../..... **A**
 Signature du médecin : Cachet :

QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE
 (À cocher par le représentant légal du licencié mineur uniquement)
 OU
 (À cocher par le licencié majeur uniquement)

J'atteste par la présente que chacune des rubriques du questionnaire relatif à l'état de santé (joint à la demande pour le licencié mineur ou majeur) a donné lieu à une réponse négative 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, y compris en compétition, datant de moins de 6 mois.
FAIT LE/...../..... **A**
 Signature obligatoire du représentant légal (pour le licencié mineur) :
 OU
 Signature obligatoire du licencié majeur :

SURCLASSEMENT (ne nécessitant pas un imprimé spécifique et un examen par un médecin agréé)

Je soussigné, Docteur certifie avoir examiné ce jour M./Mme et n'avoir décelé aucune contre-indication apparente pour pratiquer le Basketball en compétition 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 :

DOPAGE (joueur mineur uniquement - *cocher la case correspondante)

Je soussigné(e).....représentant(e) légal(e)
 de..... qui a sollicité une licence 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 que l'absence d'autorisation est constitutive d'une soustraction au prélèvement d'un échantillon, susceptible d'entraîner des sanctions auprès de l'AFLD.
 Signature obligatoire du représentant légal :

JE SOUHAITE : (cocher la ou les cases correspondantes)

Être uniquement Adhérent

<input type="checkbox"/> Exercer une fonction	<input type="checkbox"/> Pratiquer le Basket (avec extension) :
<input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Joueur Compétition (5x5, 3x3 et Mini Basket)
<input type="checkbox"/> Officiel	<input type="checkbox"/> Joueur Loisir (5x5 et 3x3)
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Joueur Entreprise (5x5 et 3x3)
<input type="checkbox"/> Pratiquer le Vivre Ensemble :	<input type="checkbox"/> Micro Basket
<input type="checkbox"/> Basket Santé	
<input type="checkbox"/> Basket Inclusif	
<input type="checkbox"/> BaskeTonik	
<input type="checkbox"/> BaskeTonik Forme	

MES JUSTIFICATIFS :

***CHARTRE 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 Pré-Nationale

JE M'ASSURE : (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° 2231 / 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 :
 - Formule A, cotisation : 2,17 euros TTC (1)
 - Formule B, cotisation : 6,27 euros TTC (1)
 - Formule complémentaire C (cotisation : 0,36 euros TTC), en complément de la formule A, soit un total de 2,53 euros TTC (= A+)
 - Formule complémentaire C (cotisation : 0,36 euros TTC), en complément de la formule B, soit un total de 6,63 euros TTC (= B+)
 (1) Aucune cotisation à acquitter au titre des formules A et B dans le cadre de la pratique du « Micro-Basket » ou « Vivre Ensemble ».
- Ne souhaite pas souscrire aux garanties individuelles complémentaires proposées (= N)
- Reconnais avoir reçu l'information relative à mes possibilités et de mon intérêt à souscrire à ces garanties Individuelle Accident auprès de l'assureur fédéral MDS ou l'assureur de mon choix 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'ADHESIONS DUMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR

JE M'ENGAGE :

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.

- J'autorise la FFBB et ses filiales à m'envoyer par courriel des offres promotionnelles et/ou commerciales pour ses activités (billetterie, produits dérivés...).
- J'autorise la FFBB à transmettre à ses partenaires mon adresse électronique à des fins promotionnelles et/ou commerciales.

La base légale du traitement lié à la communication à but commercial et/ou promotionnel par la FFBB ou par des tiers est le consentement. Ces données seront traitées et conservées jusqu'au retrait de celui-ci par la personne concernée. La personne dispose du droit de retirer son consentement à tout moment conformément au Règlement UE 2016/679.

Je reconnais avoir pris connaissances des mentions sur la protection de mes données personnelles et certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements de ma demande de licence.

FAIT LE :/...../.....

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



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.

En raison du contexte sanitaire exceptionnel, nous recommandons vivement une visite médicale préalablement à la prise de licence ou la reprise d'entraînement

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.