FFBB

DEMANDE DE LICENCE

☐ Création ☐ Renouvellement ☐ Mutation

Comité Départemental de : .....
Nom du groupement sportif : ..... N ° club : |_|_| |_|_| |_|_|_|

N° de licence (si déjà licencié) : .....

NOM* : .....
Nom de jeune fille: .....

Prénom : .....

Date de naissance : ____/___/_____ Sexe : F ☐ M ☐

Nationalité : ..... Taille : .....

Adresse : .....
.....
Code postal : .....
Ville : .....

Téléphone fixe : .....

Téléphone portable : .....

E.mail : .....

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date ____/___/_____

Signature obligatoire du licencié ou de son représentant légal :

Tampon et signature du Président du club :

* Ou nom d'usage

Certificat annuel de non-contre indication à la pratique du Basketball en compétition

Je soussigné, Docteur .....

certifie avoir examiné M / Mme / Melle .....

.....

et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre-indiquant la pratique du Basket-ball **en compétition**.

A ..... Le ____/___/_____

Signature du Médecin : Cachet :

Surclassement
(ne nécessitant pas un imprimé spécifique)

Mr / Mme / Melle : .....
peut pratiquer le Basketball dans la catégorie immédiatement supérieure dans le respect de la réglementation en vigueur au sein de la FFBB.

A ..... Le ____/___/_____

Signature du Médecin : Cachet :

1ère famille obligatoire *(1seul choix possible)*	2ème famille optionnelle *(1seul choix possible)*	Catégorie	Niveau d'intervention
☐ **Joueur** - ☐ *Compétition* - ☐ *Loisir* - ☐ *Entreprise*		☐ Senior ou ☐ U____	Niveau de pratique le plus élevé (obligatoire) : .....
☐ **Technicien**	☐ **Technicien**	☐ Non diplômé ☐ Diplômé Fédéral ☐ Diplômé d'Etat	☐ **Territoires :** *(Département –Région)*
☐ **Officiel**	☐ **Officiel**	☐ Arbitre ☐ OTM ☐ Commissaire ☐ Observateur ☐ Statisticien	☐ **Championnat de France**
☐ **Dirigeant**	☐ **Dirigeant**	☐ Elu ☐ Accompagnateur ☐ Salarié	☐ **Pro A Pro B Esp Pro A LFB**

*Pour tout licencié souhaitant évoluer en tant que « Joueur » : **obligation de cocher la case joueur en 1er choix de famille***

Cadre réservé à la Commission de Qualifications compétente : Qualifié le : .....Type de licence attribuée : .....

INFORMATION ASSURANCES :
*(Cocher **obligatoirement** les cases correspondant à vos choix)*

JE SOUSSIGNÉ(E), le licencié ou son représentant légal, NOM : ..... PRÉNOM : .....,
☐ **Reconnais** avoir reçu le résumé des garanties (Contrat AIG 4.091.578 *ci-annexé et consultable sur www.ffbb.com*), conformément à L141-4 du code des Assurances, et avoir pris connaissance des garanties Responsabilité Civile incluses automatiquement en prenant ma licence ainsi que des garanties Individuelles complémentaires proposées par AIG, et :

☐ souhaite souscrire à l'option A, au prix de 3,70 euros TTC.
ou ☐ souhaite souscrire à l'option B, au prix de 9,50 euros TTC.
ou ☐ souhaite souscrire à l'option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option A, soit un total de 4,20 € TTC (= A+).
ou ☐ souhaite souscrire à l'option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option B, soit un total de 10 € TTC (= B+).
ou ☐ *ne souhaite pas souscrire aux garanties individuelles complémentaires proposées (= N)*

☐ **Reconnais** par ailleurs 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

Signature de l'Assureur

Fait à _____ le ____/____/_____
Signature de l'Adhérent ou de son représentant légal) : « Lu et approuvé »

En cas de Décès de l'Assuré, le bénéficiaire est, sauf stipulation contraire adressée par l'ASSURÉ ou le Souscripteur au moyen d'une disposition écrite et signée, le conjoint survivant de l'Assuré, non séparé de corps, ni divorcé, à défaut les enfants légitimes reconnus ou adoptifs de l'Assuré, à défaut les ayants droit légaux, concubins ou pacsés. Si l'Assuré est mineur, les bénéficiaires sont les ayants droit légaux. Pour toutes les autres garanties le bénéficiaire est l'Assuré lui-même.

SEULES LES DEMANDES D'ADHÉSIONS DUMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR

☐ Cochez la case si vous ne souhaitez pas que vos données personnelles soient utilisées à des fins commerciales / communiquées à des tiers. Droit de rectification : loi informatique et liberté (N°7817 du 06/01/78) : le licencié peut demander communication et rectification de toute information le concernant. Le droit d'accès et de rectification peut s'exercer au siège de la FFBB.