



Renouvellement de licence pour la saison 2018/2019



A RENDRE SI POSSIBLE AVANT LE 13 JUILLET 2018

1^{ère} licence : OBLIGATION DE FAIRE UN CERTIFICAT MEDICAL

Renouvellement : Pas d'obligation de certificat médical durant encore deux ans

Coordonnées précises du licencié.
licencié. Merci de bien donner vos numéros de téléphone et mail pour nos correspondances

1^{ère} famille : joueur compétition

DEMANDE DE LICENCE 5x5: Création Renouvellement Mutation

Comité Départemental : _____ N° Affiliation du Club : _____ Nom du Club : _____

FFBB

IDENTITE
N° de licence (si déjà licencié) : _____
NOM : _____ PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____ SEXE : M F
NATIONALITE (FRANCAIS / ALGERIENS) : _____
ADRESSE : _____
CODE POSTAL : _____ VILLE : _____ PORTABLE : _____
TELEPHONE DOMICILE : _____
E-MAIL : _____
Je soussigné/les personnes 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 : _____
Président du club : _____
(*) Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection.

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 : _____
Signature du médecin : _____
*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 entraînera obligatoirement la production d'un nouveau certificat médical de mon contre-indication à la pratique du sport et/ou du basket.
FAIT LE : _____
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 réglementation en vigueur au sein de la FFBB.
FAIT LE : _____
Signature du médecin : _____

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 prélevement, agréé par l'Agence Française de lutte contre le dopage (AFLD) à procéder à tout prélevement subissant 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 : _____

INFORMATION ASSURANCES : (Cocher obligatoirement les cases correspondant à vos choix)
 ASSURANCE : Je soussigné(e) ou son représentant légal, reconnais avoir pris connaissance des termes d'information relatives aux garanties individuelles (Assurance Accident (détail sur le site) / Mutuelle des Sports (MSS), Assurances Responsabilité et Responsabilité Civile (détail sur le site) / NAD) proposées et consultables sur www.ffbb.com, conformément aux dispositions du Code du Sport et à l'article L143-4 du Code des Associations, ainsi que des garanties individuelles complémentaires proposées par la MSS.
 Je souscris l'option A (sans des sports individuels Accident) et coche la case correspondante à l'option choisie :
Option A, au prix de 2,98€ TTC.
Option B, au prix de 4,98€ TTC.
 Je souscris l'option B (avec des sports individuels Accident) et coche la case correspondante à l'option choisie :
Option C, au prix de 4,98€ TTC, en complément de l'option A, soit un total de 9,96 € TTC (x 2).
 Je soussigné(e) soussigné(e) ou son représentant légal, reconnais avoir pris connaissance des termes d'information relatives aux garanties individuelles complémentaires proposées par la MSS.
FAIT LE : _____
Signature de l'adhésant ou de son représentant légal : _____
En l'absence de réponse expresse contraire de l'adhésant, le capital assuré est versé au conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, et défaut au conjoint marié ou au partenaire lié à l'adhésant par un pacte civil de solidarité, et défaut par parts égales aux enfants nés ou à naître, à défaut aux frères et sœurs.

Pour les nouveaux OBLIGATION d'un certificat médical

Cocher la case et signé après avoir rempli le questionnaire

Cocher la case dopage et signer

Pour l'assurance, par défaut, l'association prend l'option A à 2.98€ (comprise dans le montant de la cotisation), si vous souhaitez prendre l'option B, merci de rajouter le complément à votre règlement.

N'oubliez-pas de signer cette partie

Tarif de la licence 2018/2019 : 165€

Possibilité de faire plusieurs chèques (3 x 55€) - Si 2 enfants de la même famille : 310€

Lors du dépôt des documents, un montant de 65€ minimum vous sera demandé.

Demande de licence à redonner, accompagné du questionnaire de santé et du règlement (165€)

à Yvon au secrétariat du STB Le Havre,

salle Lucien Nolent, rue des chargeurs réunis – 76600 Le Havre

Renseignements : 02.35.11.70.03 – 06.19.40.23.61