



DEMANDE DE LICENCE: Renouvellement Création

Comité Départemental : Isère N° Affiliation du Club : 0138003 Nom du Club : ASB Beaucroissant Igeoux

IDENTITE
 N° de licence *(si déjà licencié) : _____
 NOM* : _____
 PRENOM* : _____
 DATE DE NAISSANCE* : _____
 NATIONALITE*(majeurs uniquement) : _____
 ADRESSE : _____
 CODE POSTAL : _____ VILLE* : _____
 TELEPHONE DOMICILE : _____ PORTABLE : _____
 E-MAIL* : _____

Je refuse l'utilisation, par la FFBB, ses organismes déconcentrés et ses partenaires, de mes données personnelles à des fins non commerciales.
 Je n'autorise pas la FFBB et ses partenaires à m'envoyer, par courrier ou par email, des offres commerciales.

FAIT LE : _____

Signature obligatoire du licencié ou de son représentant légal : _____

Tampon et signature du Président du club : ASB Beaucroissant Igeoux
 E-Mail : bbi@hotmail.fr
 38000 BEAU-CROISSANT

(1) Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection.

*Mentions obligatoires

PRATIQUE SPORTIVE (type de licence souhaitée) :

En souscrivant une licence, le licencié reconnaît que la FFBB, ses organismes déconcentrés et les clubs peuvent être amenés à capter et utiliser son image dans le cadre de la promotion et du développement du Basketball, à l'occasion de manifestations sportives à des fins non commerciales.

1 ^{ère} famille*	2 ^{ème} famille (optionnelle)	Catégorie	Niveau de jeu*
<input type="checkbox"/> Joueur <input type="checkbox"/> Compétition 3x3 <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Entreprise <input type="checkbox"/> Technique <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplôme Fédéral <input type="checkbox"/> Diplôme d'Etat <input type="checkbox"/> Arbitre <input type="checkbox"/> OTM <input type="checkbox"/> Commissaire <input type="checkbox"/> Observateur <input type="checkbox"/> Statisticien <input type="checkbox"/> Elu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Senior <input type="checkbox"/> Junior

*Mentions obligatoires

***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'évaluer en :

Championnat de France
 Championnat Qualificatif au Championnat de France

*Mentions obligatoires

INFORMATION ASSURANCES :

(Cocher obligatoirement les cases correspondant à vos choix)

JE SOUSSIGNE(É), le licencié ou son représentant légal, NOM : _____ PRÉNOM : _____

Reconnais avoir reçu et pris connaissance des notices d'information relatives aux garanties individuelles Accident (accord collectif n° 2159 / Mutuelle des Sports-MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité Civile individuelles complémentaires proposées par la MDS.

Souhaite souscrire à l'une des options individuelles Accident et cocher la case correspondant 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 (= 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'assurance, 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'assurance 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

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 06 août 2004, les personnes ayant fourni des informations personnelles disposent d'un droit d'accès, de rectification, de modification et de suppression de ses données qu'il peut exercer directement auprès de l'organisme compétent pour l'enregistrement de sa licence.

CHARTRE D'ENGAGEMENTS

Des Joueurs et Joueuses de NM2, NM3, PNM, NFL1, NF2, NF3 et PNF

Engagements du joueur ou de la joueuse

Je sous-signé :

Joueur(se) du Groupement Sportif :

Evaluant en (Niveau) :

S'engage à :

- S'informer auprès de son club, des nouveautés mises en place par la FFBB sur le dispositif de Joueur/euse d'Intérêt Général,

- Ne pas signer de contrats autres que ceux spécifiquement prévus par les législations en vigueur ou les règlements fédéraux et ne permettant pas l'établissement de contrats à un certain niveau de compétition (article 722 des Règlements Généraux). Dans le cas contraire, respecter l'obligation que le Groupement Sportif transmette cette information, étant informé que la FFBB pourra, sur simple demande de la Commission de Contrôle de Gestion, obtenir ce contrat,
- Dans la perspective de la mise en place du statut de Joueur d'Intérêt Général, et si intéressé par l'obtention de cette formation diplômante, de se rendre disponible pour suivre le processus de formation.

A :

Le :

Signature du Joueur ou de la Joueuse

(Mention manuscrite : « Lu et approuvé »)

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Renouvellement de licence d'une fédération sportive



N°15699*01



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 inexplicable ?		<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"/>

**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. Simplyment 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.