DEMANDE DE LICENCE : ☐ Création ☐ Renouvellement ☐ Mutation

Photo*

Nom du Club: KRIEGSHEIM/R. ASC **N° Affiliation du Club : GES0067172** **N°CD: 0067**

IDENTITE(*Mentions obligatoires)
N° DE LICENCE *(si déjà licencié):

SEXE *: F ☐ M ☐

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

NOM * :

PRENOM *:

DATE DE NAISSANCE *:

LIEU DE NAISSANCE * :

PAYS :

NATIONALITE *(majeurs uniquement):

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE *:

TELEPHONE DOMICILE :

PORTABLE :

E-MAIL *:

☐ J'autorise les partenaires FFBB à m'envoyer, par courrier, des offres commerciales.

☐ Je refuse que la Fédération conserve ma photographie au-delà de la saison sportive en cours.

Signature obligatoire du licencié ou de son représentant légal :

Cachet et signature du Président du club :

FAIT LE : ____/____/_____ certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus

CERTIFICAT MEDICAL ***(à remplir par le médecin -*** *Rayer la mention inutile)

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 basket en compétition ou du sport en compétition *
- la pratique du basket ou du sport *

FAIT LE ____/____/_____ A .....

Signature du médecin : Cachet :

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 ***(cerfa N°15699*01 joint à la demande)*** 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 :

Dopage ***(joueur mineur uniquement) -*** *Rayer la mention inutile)

Par la présente, je soussigné(e).....représentant légal 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 :

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 ____/____/_____ A .....

Signature du Médecin : Cachet :

PRATIQUE SPORTIVE BASKET (*type de licence souhaitée*) :

1ère famille*	Catégorie	2ème famille (optionnelle)	Niveau de jeu*
Joueur ☐ Compétition ☐ Loisir ☐ Vivre Ensemble	☐ U____ ☐ Senior	☐ Technicien ☐ Officiel ☐ Dirigeant	.....
☐ Technicien	☐ 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 ☐ Pré-Nationale

*Mentions obligatoires

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 Civil (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 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 auprès de la Fédération Française de BasketBall pour l'enregistrement de la licence et pour les activités fédérales. Conformément à la réglementation en vigueur, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression des données vous concernant. Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données ainsi qu'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis visés par le règlement européen n°2016/679 (RGPD). Ces droits peuvent être exercés directement en vous adressant à la FFBB, 117 rue Château des Rentiers 75013 PARIS - (dpo@ffbb.com)

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.