

**DEMANDE DE LICENCE 2019/2020** Création Renouvellement Mutation

Photo*

(Format JPEG)

CLUB ATHLÉTIQUE BÉGLAIS

N° NAQ 00 33 026

N° CD : 33

IDENTITE (*Mentions obligatoires)N° de licence *(si déjà licencié) : Sexe* : F M 

TAILLE : cm

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* :

TEL DOMICILE : PORTABLE : E-MAIL* :

 J'autorise les partenaires de la FFBB à m'envoyer, par courriel, des offres commerciales. Je refuse que la Fédération conserve ma photographie au-delà de la saison sportive en cours.

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

Signature obligatoire du licencié
ou de son représentant légal :Tampon et signature du
Président du club :**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 sport en **compétition** ou du basket en **compétition***
- la pratique du sport ou du basket*.

FAIT LE A

Signature du médecin :

Cachet :

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 :

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 obligatoire du licencié

PRATIQUE SPORTIVE BASKET (type de licence souhaitée) :

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

***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

*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 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 individuelles Accident et coche la case correspondant à 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 Basketball

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 prévus 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)