

**DEMANDE DE LICENCE 5x5:** Création Renouvellement MutationComité Départemental : N° Affiliation du Club : Nom du Club : **IDENTITE**
N° de licence *(si déjà licencié) :NOM* : _____ SEXE* : F : M
PRENOM* : _____ TAILLE(1) : CMDATE DE NAISSANCE* : _____
NATIONALITE*(majeurs uniquement) :ADRESSE : _____
CODE POSTAL : _____ VILLE* : _____ PORTABLE : _____
TELEPHONE DOMICILE : _____
E-MAIL* : _____ J'autorise les partenaires 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 _____ Tampon et signature du
ou de son représentant légal : _____ Président(1) Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection.
*Mentions obligatoires**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 _____ A _____

Signature du médecin : _____ Tampon : _____

*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 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 : _____

PRATIQUE SPORTIVE BASKET 5x5 (type de licence souhaitée) :En souscrivant une licence, je reconnais que la FFBB, ses organismes déconcentrés et les clubs peuvent être
amenés à capter et utiliser mon 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 ^{nde} famille (optionnelle)	Catégorie	Niveau de jeu*
<input type="checkbox"/> Joueur <input type="checkbox"/> Compétition +OPTION 3x3 <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Entreprise		<input type="checkbox"/> U..... <input type="checkbox"/> Senior	
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat	<input type="text"/>
<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
-
-
- Championnat Qualificatif au Championnat de France

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 : _____ Tampon : _____

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 REFUSEtout 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'entraîner des sanctions disciplinaires.Signature obligatoire du
représentant légal :**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 Individuelle 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 Basket-ballFait 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 sous la responsabilité de la FFBB, et ce aux fins, suivant votre qualité (licencié, médecin ou représentant légal d'un mineur), de gérer les
souscriptions de licences, de vous adresser de la prospection commerciale, de vérifier l'aptitude physique (absence de contre-indication médicale) et les autorisations de contrôle antidopage, ainsi que de gérer les souscriptions d'assurances. Les champs marqués d'un astérisque
[*] ont un caractère obligatoire. Conformément à la réglementation, vous bénéficiez d'un droit, d'accès d'opposition, de rectification et de suppression ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort des données personnelles après la mort. Vous disposez également
d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que d'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis visés par le règlement européen n°2016/679 (RGPD).