



DEMANDE DE LICENCE:  Création  Renouvellement

Comité Départemental :

N° Affiliation du Club :

Nom du Club :

**IDENTITE**

N° de licence \*(si déjà licencié) : .....  
NOM\* : ..... SEXE\* : F : M  
PRENOM\* : ..... TAILLE(1) : ..... CM  
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 : ..... / ..... / .....

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

(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 / Melle ..... 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 entraînera 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 (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 <sup>ère</sup> famille*	2 <sup>nde</sup> famille (optionnelle)	Catégorie	Niveau de jeu*
<b>Joueur</b> <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> 3x3 <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Entreprise	<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> U..... <input type="checkbox"/> Senior <input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé 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"/> Technicien			
<input type="checkbox"/> Officiel			
<input type="checkbox"/> Dirigeant			

**\*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 chartre d'engagement afin d'évoluer en :

- Championnat de France
- Championnat Qualificatif au Championnat de France

\*Mentions obligatoires

**SURCLASSEMENT (ne nécessitant pas un imprimé spécifique)**

M/Mme/Melle ..... 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 légal de ....., pour lequel une licence est sollicitée à la FFBB, autorise 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'entraîner des sanctions disciplinaires.

Signature obligatoire 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 Civil (Contrat n° 4100116P / MAIF) ci-annexées et consultables sur [www.ffbb.com](http://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 (= 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