FFBB

# DEMANDE DE CRÉATION DE LICENCE

**Comité départemental de :** .....

**Groupement sportif :** ..... N° ___ ___ ___ ___ ___

N° de licence : ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

NOM : .....

Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : F ❑ M ❑

Nationalité : ..... Taille .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : .....

E-mail : .....

Sollicite :

- la création[1]
- la mutation[1] (pour les personnes précédemment licenciées à l'étranger)

de ma licence pour le club ci-dessus désigné.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A : ..... le : .....

Signature obligatoire du licencié ou du tuteur légal

Tampon du club et signature du Président (obligatoires)

(1) rayer les mentions inutiles

## Certificat médical annuel attestant l'absence de contre indication à la pratique du Basketball en compétition

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 Basketball en compétition.

Taille : .....

A : ..... le : .....

Signature du Médecin : Cachet

## 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.

A : ..... le : .....

Signature du Médecin : Cachet

CHARTIS AON

## DEMANDE D'ADHÉSION AU CONTRAT D'ASSURANCES CHARTIS N° 4.091.165 « FÉDÉRATION FRANÇAISE DE BASKETBALL »

JE SOUSSIGNÉ, NOM : ..... PRÉNOM : .....

**DÉCLARE choisir**

**A** ❑ L'OPTION A → 3,30 €

**B** ❑ L'OPTION B → 8,00 € **(ouvrant droit à des Indemnités journalières en cas de perte de salaire)**

**Clause bénéficiaire :**

En cas de Décès de l'Assuré, le bénéficiaire est, sauf stipulation contraire adressée par l'ASSURÉ ou le Souscripteur au moyen d'une disposition écrite et signée, le conjoint survivant de l'Assuré, non séparé de corps, ni divorcé, à défaut les enfants légitimes reconnus ou adoptifs de l'Assuré, à défaut les ayants droit légaux, concubins ou pacsés. Si l'Assuré est mineur, les bénéficiaires sont les ayants droit légaux. Pour toutes les autres garanties le bénéficiaire est l'Assuré lui-même.

JE DÉCLARE avoir pris connaissance de l'extrait des Conditions Générales valant notice d'information conformément à l'article L.141-4 du Code des Assurances, joint au présent document.

SEULES LES DEMANDES D'ADHÉSIONS DÛMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR.

Signature de l'Assureur

Fait à _____ le ___/___/_____

« Lu et approuvé »

Signature de l'Adhérent (Pour les mineur(e)s : son représentant légal)

❑ REFUSE d'adhérer au présent contrat

Pour tout licencié souhaitant évoluer en tant que « Joueur » : **obligation de cocher la case joueur en 1er choix de famille**

| 1ère famille obligatoire (1 seul choix possible) | 2e famille optionnelle (1 seul choix possible) | Catégorie | Niveau d'intervention |
|---|---|---|---|
| ❑ Joueur | | ❑ Senior ou ❑ U_____ | Niveau de pratique le plus élevé (Obligatoire) : ..... |
| ❑ Technicien | ❑ Technicien | ❑ Non diplômé ❑ Diplômé Fédéral ❑ Diplômé d'Etat | ❑ Territoires : (Département - Région)<br>❑ Championnat de France<br>❑ Pro A, Pro B, Esp Pro A, LFB |
| ❑ Officiel | ❑ Officiel | ❑ Arbitre ❑ OTM ❑ Commissaire ❑ Observateur ❑ Statisticien | |
| ❑ Dirigeant | ❑ Dirigeant | ❑ Élu ❑ Accompagnateur ❑ Salarié | |

Cadre réservé à la Commission de Qualifications compétente : Qualifié le : ..... Type de licence attribuée : .....

❑ Cochez la case, si vous ne souhaitez pas que ces données vous concernant soient communiquées à des tiers.

Droit de rectification : loi informatique et liberté (N°7817 du 06/01/78) : le licencié peut demander communication et rectification de toute information le concernant. Le droit d'accès et de rectification peut s'exercer au siège de la FFBB.