

**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) : CM
DATE DE NAISSANCE* : _____
NATIONALITE *(majeurs uniquement) : _____
ADRESSE : _____
CODE POSTAL : _____ VILLE* : _____
TELEPHONE DOMICILE : _____ PORTABLE : _____
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 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 _____ 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 : _____

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 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'entraîner des sanctions disciplinaires.

Signature obligatoire du
représentant légal : _____**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 ^{ème} famille (optionnelle)	Catégorie	Niveau de jeu *
Joueur <input type="checkbox"/> Compétition +OPTION 3x3 <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Entrepise		<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="checkbox"/> Arbitre <input type="checkbox"/> OTM <input type="checkbox"/> Commissaire <input type="checkbox"/> Observateur <input type="checkbox"/> Statisticien	
<input type="checkbox"/> Officiel		<input type="checkbox"/> Élu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Salarié	
<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 charte d'engagement afin d'évoluer en :

-
- Championnat de France
-
-
- Championnat Qualificatif au Championnat de France

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).

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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>			

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.

Création **Renouvellement** **SECTION BASKET BALL**

Autre discipline pratiquée à l'ASPTT : _____

Type de licences : renvoi (1) et (2)

Licence FS ASPTT Premium 18 €

DAF (droit d'adhésion fédérale) 2 €

COTISATION TOTALE : 175 €

Pack Family

ETAT CIVIL DU DEMANDEUR

Mr Mme Melle

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : / / à _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Nationalité : _____

Tel domicile : _____ Tel travail : _____

Mobile : _____

Email : _____

Profession : La Poste n° Identifiant RH : _____

France telecom autre : _____

Profession des parents (pour mineurs) : père : _____

mère : _____

ETAT SPORTIF DU DEMANDEUR (licence fédération délégataire ou autre)

Licence fédérale : oui non Numéro : _____

Compétition : oui non

Certificat médical : oui **Date** : _____

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération..

A _____ le _____ / _____ / _____

Signature obligatoire

(du demandeur ou du représentant légal

ACCORD DE LICENCE

INFORMATIQUE ET LIBERTES :

« La loi informatique et liberté N°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en août 2004 s'applique aux réponses faites à ce questionnaire. Toutes les informations de ce document font l'objet d'un traitement informatique et le licencié dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès du Secrétaire Général de l'ASPTT. Ces coordonnées pourront être cédées à des partenaires commerciaux avec faculté pour le licencié de s'opposer à leurs divulgations »

CESSION DU DROIT A L'IMAGE

Je ne souhaite pas que les photos, les prises de vue et interviews réalisés dans le cadre de ma participation aux manifestations soient publiées et diffusées à la radio, à la télévision, dans la presse écrite dans les livres ou sur le site internet par des moyens de reproduction photomécaniques (films, cassettes vidéo etc.) sans avoir le droit à une compensation

Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part de la FSASPTT

Je ne souhaite pas recevoir d'information de la part des partenaires de la FSASPTT

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs) :

Je, soussigné(e) M ou Mme _____, représentant légal de _____, certifie lui donner l'autorisation de :

- se licencier à la FSASPTT et d'adhérer à l'ASPTT pour toutes les activités

- prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière afin d'effectuer les déplacements nécessaires par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisirs au cours de la saison

J'autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence. La personne à contacter en cas d'accident est _____ N° de téléphone _____

ASSURANCE : (1)

L'établissement d'une des 2 licences permet à son titulaire de bénéficier des assurances Responsabilité civile Assistance et Dommages corporels souscrites par la FSASPTT. L'assurance « dommages corporels » est facultative mais la FSASPTT vous informe que les risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive peuvent donner lieu à des accidents sur lesquels il convient de s'assurer par le biais d'une assurance dommages corporels. Le montant de l'assurance compris dans le prix de la licence loisir est de 1,84 € et dans celui de la licence adhésion est de 0,60 €. Si vous ne souhaitez pas cette assurance dommages corporels, le montant de cette dernière sera déduit.

Concernant la licence FSASPTT associée, il est précisé qu'en cas de refus d'adhésion aux garanties proposées par une autre fédération, l'assureur de la FSASPTT ne prendra pas en charge les risques refusés et par conséquent refusera les dossiers de sinistre.

Je soussigné(e) _____ reconnais avoir pris connaissance :

- de la notice d'assurance m'informant du résumé des garanties incluses dans le contrat d'assurance et adhérent au contrat national proposé par la FSASPTT (notice aussi disponible sur le site www.asptt.com)

- des statuts et règlement intérieur (disponible au secrétariat de l'association)

Il est rappelé qu'en cas de refus d'adhésion aux garanties proposées par une autre fédération, l'assureur de la FSASPTT ne prendra pas en charge les risques refusés et par conséquent refusera le dossier de sinistre.

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 _____

REFUS D'ASSURANCE : (2)

En cas de refus de souscription de l'assurance « Dommages corporels » le club doit s'assurer que le bénéficiaire a bien pris connaissance des informations assurances figurant sur la notice d'information à conserver par le licencié et qu'il prend sa décision en toute connaissance de cause

Si le soussigné refuse de souscrire à l'assurance Dommages Corporels, il reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de la pratique d'une activité sportive pouvant porter atteinte à son intégrité physique et il coche la case ci-dessous

je ne souhaite pas souscrire d'assurance Dommages Corporels

