



DEMANDE DE LICENCE :  Création  Renouvellement  Mutation

Photo\*

(Format JPEG)

Nom du Club : RUMILLY BASKET CLUB N° Affiliation du Club : N° CD :

**IDENTITE** (\*Mentions obligatoires)

N° DE LICENCE\* (si déjà licencié) : ..... SEXE\* : F.  M : TAILLE (1) : ..... 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\* : .....

TELEPHONE DOMICILE : ..... PORTABLE : ..... EMAIL\* : .....

- 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 :

Cachet 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 basket en compétition ou du sport en compétition\*  
- la pratique du basket ou du sport\*.

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 N01\*15699\* 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 du licencié :

**PRATIQUE SPORTIVE BASKET** (type de licence souhaitée) :

1ère famille*	Catégorie	2nde famille (optionnelle)	Niveau de jeu*
<b>Joueur</b> <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"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat		
<input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Arbitre 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° 2109 / Mutuelle des Sportifs-MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité Civile (Contrat n° 110111P / MAIF) ci-annexées et consultables sur www.ffbb.com, conformément aux dispositions du Code du Sport et à l'article L111-4 du code des Assurances, ainsi que des garanties Individuelles complémentaires proposées par la MDS.
- Souhaite souscrire à l'un des options Individuelle Accident et coche la case correspondant à l'option choisie :
  - Option A, au prix de 3,98 euros TTC.
  - Option B, au prix de 4,12 euros TTC.
  - Option C, au prix de 5,00 euros TTC, en complément de l'option A, soit un total de 8,98 € TTC (= A+).
  - Option C, au prix de 5,00 euros TTC, en complément de l'option B, soit un total de 9,12 € 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-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'ADHESIONS DUMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR**



## 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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<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"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<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"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception* et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</b>		
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"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<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"/>
<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.