



DEMANDE DE LICENCE :

☐ Création☐ Renouvellement☐ Mutation

Photo\*

(Format JPEG)

Nom du 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 N°15699\*01 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 :

## DOPAGE (joueur mineur uniquement - \*Rayer la mention inutile)

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 (type de licence souhaitée) :

| 1 <sup>ère</sup> famille*                                                                                                           | Catégorie                                                                                                                                                     | 2 <sup>nde</sup> famille (optionnelle)                                                                         | Niveau de jeu* |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Joueur</b><br><input type="checkbox"/> Compétition<br><input type="checkbox"/> Loisir<br><input type="checkbox"/> Vivre Ensemble | <input type="checkbox"/> U.....<br><input type="checkbox"/> Senior                                                                                            | <input type="checkbox"/> Technicien<br><input type="checkbox"/> Officiel<br><input type="checkbox"/> Dirigeant | .....          |
| <input type="checkbox"/> Technicien                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Non diplômé<br><input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral<br><input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat                                   |                                                                                                                |                |
| <input type="checkbox"/> Officiel                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Arbitre OTM<br><input type="checkbox"/> Commissaire<br><input type="checkbox"/> Observateur<br><input type="checkbox"/> Statisticien |                                                                                                                |                |
| <input type="checkbox"/> Dirigeant                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Elu<br><input type="checkbox"/> Accompagnateur<br><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° 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-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.