

DOSSIER DE LICENCE

VILLERS-SEMEUSE LA FRANCHEVILLE BASKET

Numéro de licence (ne pas remplir)

Création Renouvellement Mutation



COLLER/AGRAFER ICI UNE
PHOTO IDENTITÉ

SAISON 2025-2026



LE/LA LICENCIÉ(E)

NOM - Prénom

Lieu de naissance Date de naissance

Adresse postale

Code postal Ville

E-Mail

Téléphone Taille en cm Sexe M F



POUR LES MINEURS, RESPONSABLE LÉGAL N°1 ET N°2

NOM - Prénom

E-Mail

Téléphone

NOM - Prénom

E-Mail

Téléphone



PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM - Prénom + lien de parenté + tel

NOM - Prénom + lien de parenté + tel



ASSURANCES FACULTATIVES (A AJOUTER AU RÈGLEMENT)

Je m'assure, je soussigné(e), le licencié ou son représentant légal _____

Reconnait avoir reçu et pris connaissance des notices d'informations ci-contre*.

Souhaite souscrire à l'une des formules individuelles accident et coche la case correspondant à la formule choisie :

FORMULE A (2,09 euros TTC) FORMULE B (6,39 euros TTC) FORMULE complémentaire C + A (2,59 euros TTC)

FORMULE complémentaire C + B (6,89 euros TTC)

Ne souhaite pas souscrire aux garanties individuelles accident proposées (N)

Reconnait avoir reçu l'information relative à mes possibilités et de mon intérêt à souscrire à ces garanties individuelles accident auprès de l'assureur fédéral MDS ou l'assureur de mon choix pour les éventuels dommages corporels que je peux subir du fait de la pratique du basket-ball.

Modalités d'assurance

FAIT A : _____, le _____.

Signature :

*Accord collectif n° 2231 / Mutuelle des Sportifs-MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité Civile (Contrat n° 4100116P / MAIF) consultables, téléchargeables, imprimables ci-après et 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. Et reconnait avoir reçu l'information relative à mes possibilités et à mon intérêt à souscrire aux garanties Individuelles Accident auprès de l'assureur fédéral MDS ou l'assureur de mon choix pour les éventuels dommages corporels que je peux subir du fait de la pratique du Basket-Ball.



MOYENS DE REGLEMENT

ASSURANCE A AJOUTER

OUI
 NON

montant à retranscrire ici

PAIEMENT EN LIGNE

Possibilité de règlement en 3x

<https://www.helloasso.com/associations/villers-semeuse-basket/adhesions/adhesion-2025-2026-vsfb>

PASS-SPORT

Merci de donner le complément au moment de l'inscription.

CODE : _____

CHÈQUES ANCV

TOTAL en euros
(licence + assurance)

RAPPEL DES COTISATIONS :

U7 - 90 euros

U9 - 95 euros

U11 - 105 euros

U13/U15 - 115 euros

U18 - 125 euros

Séniors - 140 euros

Merci de transmettre le dossier **COMPLET** avec le règlement et pièces justificatives.



AUTORISATIONS

J'autorise le club/ffbb à me tenir informé par mail : Oui Non

J'autorise le club à publier des photos/vidéos de moi-même ou de mon enfant sur les réseaux sociaux, le site internet du club, etc... : Oui Non

Pour les séniors (F/M), transmettre une copie d'une pièce d'identité.



SANTÉ

Le certificat médical doit être transmis uniquement pour les séniors (F/M), valable 3 ans.
Merci de le transmettre dans ce dossier.

Pour les mineurs, le certificat médical est non-requis. Cependant, une attestation est **obligatoire** après avoir rempli le questionnaire disponible via le QR CODE ci-contre :

Retrouvez le questionnaire
ici :

Je soussigné(e) M/MME _____ ,

représentant légal de _____ ,

atteste par la présence que chacune des rubriques du questionnaire relatif à l'état de santé a donné lieu à une réponse négative et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entraînera obligatoirement la production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique du basket-ball, y compris en compétition, datant de moins de six mois.

Fait le _____ ,

à _____ .

Signature :

Problème(s) de santé : Asthme Diabète Troubles sanguins (hémophilie...)

Autre : _____

Allergie(s) :

Le club organise quelques goûters dans l'année, merci d'indiquer **toute allergie alimentaire.**

DOPAGE (pour les mineurs exclusivement) :

Je soussigné(e) M/MME _____ ,

représentant légal de _____ qui a sollicité une licence 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 que l'absence d'autorisation est constitutive d'une soustraction au prélèvement d'un échantillon, susceptible d'entraîner des sanctions auprès de l'AFLD.

