DOSSIER DE LICENCE

VILLERS-SEMEUSE BASKET

Numéro de licence (ne pas remplir)

☐ Création ☐ Renouvellement ☐ Mutation

COLLER/AGRAFER ICI
UNE PHOTO IDENTITÉ

SAISON 2024-2025

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-contres*.

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

☐ FORMULE A (2,17 euros TTC) ☐ FORMULE B (6,27 euros TTC) ☐ FORMULE complémentaire C + A (2,53 euros TTC)

☐ FORMULE complémentaire C + B (6,63 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.

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 reconnais 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.

Modalités d'assurance

MOYENS DE REGLEMENT

ASSURANCE A AJOUTER ☐ OUI (montant à retranscrire ici) ☐ NON

☐ ESPÈCE

☐ CHÈQUE (1 FOIS)

☐ CHÈQUE (2 FOIS)
Merci de donner les deux chèques à l'inscription

☐ PASS-SPORT
Merci de donner le complément au moment de l'inscription.
CODE : _____

☐ CARTE BANCAIRE
(2 euros en supp. de frais bancaire)

TOTAL en euros (licence + assurance)

RAPPEL DES COTISATIONS :
U7 - 70 euros
U9 - 75 euros
U11 - 90 euros
U13/U15 - 100 euros
U18 - 110 euros
Séniors - 130 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, agrée par l'agence française de lutte contre le dopage (AFLD) à procéder à tout prélevement nécéssitant 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.