DEMANDE DE LICENCE CONTACT BASKET 2017-2018

(RESERVE AUX U7 ET PLUS)

Organisme Fédéral délivrant la licence (*à remplir par l'organisateur*) :

→ Comité Départemental :
→ Ligue Régionale :

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* : ……

☐ Je refuse l'utilisation, par la FFBB, ses organismes déconcentrés et ses partenaires, de mes données personnelles à des fins non commerciales.

☐ Je n'autorise pas la FFBB et ses partenaires à m'envoyer, par courrier ou par email, des offres commerciales.

FAIT LE : …… /……. /……

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Signature obligatoire du licencié ou de son représentant légal :

Tampon et signature du Président du club :

(1) Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection.
*Mentions obligatoires

Certificat médical annuel de non contre-indication à la pratique du Basket-ball en compétition

Je soussigné, Docteur ……
certifie avoir examiné M/Mme/Melle :
…… et
n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre-indiquant la pratique du basket-ball en compétition.

A …….. Le ….. /……/……..

Signature du Médecin : Cachet :

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'ADHÉSIONS DUMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 06 août 2004, les personnes ayant fourni des informations personnelles disposent d'un droit d'accès, de rectification, de modification et de suppression de ses données qu'il peut exercer directement auprès de l'organisme compétent pour l'enregistrement de sa licence.