



COMITE DEPARTEMENTAL DE SAONE ET LOIRE DE BASKET BALL  
 16 RUE DES PRES BP 229  
 71308 MONTCEAU LES MINES CEDEX

Exemplaire  
 à  
 Photocopier

Saison 2017/2018

# BORDEREAU DE MODIFICATIONS DE LICENCES (en cours de saison)

NOM DE L'ASSOCIATION : \_\_\_\_\_

N° ASSOCIATION : 06.71. \_\_\_\_\_

N° LICENCE : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

Changement d'IDENTITE	Nouveau Nom :				
Changement de DATE DE NAISSANCE	Nouvelle Date de naissance : <b>(JOINDRE UN JUSTIFICATIF)</b>				
Changement d'ADRESSE	Nouvelle Adresse :				
Changement N° TELEPHONE	Nouveau N° Tél :				
Changement MAIL	Nouveau Mail :				
Changement de SEXE	Nouveau Code Sexe :	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	<i>(Cochez les cases correspondantes)</i>	
Changement de CATEGORIE	Nouvelle Catégorie :	JOUEUR <input type="checkbox"/> <i>(Joindre un certificat médical)</i>	TECHNICIEN <input type="checkbox"/> <i>(Joindre un certificat médical)</i>	OFFICIEL <input type="checkbox"/>	DIRIGEANT <input type="checkbox"/>
Changement de FAMILLE	1ère famille :	JOUEUR <input type="checkbox"/>	TECHNICIEN <input type="checkbox"/>	OFFICIEL <input type="checkbox"/>	DIRIGEANT <input type="checkbox"/>
	2ème famille :	TECHNICIEN <input type="checkbox"/>	OFFICIEL <input type="checkbox"/>	DIRIGEANT <input type="checkbox"/>	
Surclassement	Joindre le Certificat Médical de surclassement	Médecin Famille <input type="checkbox"/>	Médecin Agréé <input type="checkbox"/>	Médecin Régional <input type="checkbox"/>	Médecin Fédéral + DTN <input type="checkbox"/>
Changement d'OPTION ASSURANCE	Nouvelle option assurance <b>(JOINDRE L'IMPRIME DE MODIFICATION ASSURANCE)</b>	Option A <input type="checkbox"/>	Option A+ <input type="checkbox"/>	Option B <input type="checkbox"/>	Option B+ <input type="checkbox"/>
		Option N <input type="checkbox"/>	(résiliation 2 mois avant le 01/07)		

Le :

Signature :