

**IDENTITE**  
 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\* :  
 J'autorise les partenaires de la FFBB à m'envoyer, par courriel, des offres commerciales.  
**FAIT LE :**  
 Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus.  
 Signature obligatoire du licencié : Tampon et signature du Président du club :  
 ou de son représentant légal :  
 (1) Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection.  
 \*Mentions obligatoires

**PRATIQUE SPORTIVE BASKET 5x5 (type de licence souhaitée) :**  
 En souscrivant une licence, je reconnais que la FFBB, ses organismes déconcentrés et les clubs peuvent être amenés à capter et utiliser mon image dans le cadre de la promotion et du développement du Basketball, à l'occasion de manifestations sportives à des fins non commerciales.

1 <sup>ère</sup> famille*	2 <sup>ème</sup> famille (optionnelle)	Catégorie	Niveau de jeu*
<b>Joueur</b> <input type="checkbox"/> Compétition +OPTION 3x3 <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Entreprise	<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> U..... <input type="checkbox"/> Senior	
<input type="checkbox"/> Technicien		<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat	
<input type="checkbox"/> Officiel		<input type="checkbox"/> Arbitre <input type="checkbox"/> OTM <input type="checkbox"/> Commissaire <input type="checkbox"/> Observateur <input type="checkbox"/> Statisticien	
<input type="checkbox"/> Dirigeant		<input type="checkbox"/> Elu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <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 chartre d'engagement afin d'évoluer en :  
 Championnat de France  
 Championnat Qualificatif au Championnat de France

**CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin)**  
 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 sport en compétition ou du basket en compétition\*  
 - la pratique du sport ou du basket\*.  
**FAIT LE** \_\_\_\_\_ **A** \_\_\_\_\_  
 Signature du médecin : \_\_\_\_\_ Tampon : \_\_\_\_\_  
 \*Rayer la mention inutile

**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 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 :

**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 : \_\_\_\_\_ Tampon : \_\_\_\_\_

**Dopage (joueur mineur uniquement) :**  
 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 : \_\_\_\_\_

**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](http://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**