

DOCUMENTS INSCRIPTION

LICENCE 2019/2020

1. Formulaire officiel « Demande de licence FFBB ».
2. Questionnaire de santé « QS – Sport ».
3. Charte d'engagements pour les joueuses NF2 / PNF.
4. Fiche renseignements 2019 / 2020.
5. Une photo, si possible à envoyer par mail à : poledirection.alabasket@gmail.com
(Accompagné du nom, prénom et la catégorie du licencié).
6. Bénéficiaire du Pass Sport 76 :
 - Justificatif de l'allocation rentrée scolaire.
 - Un chèque de caution de 60 € qui sera rendu après la validation de la demande du Pass Sport 76.
7. Bénéficiaire des bons d'aide aux temps libres :
 - Justificatif de la CAF.
 - Un chèque de caution du montant alloué qui sera rendu après la validation de la demande après de la CAF.
8. Participation des comités d'entreprise.
9. Règlement de la totalité de la cotisation (Possibilité de réaliser plusieurs chèques).

Décomposition du coût de la licence

Prix de la licence 2019/2020 :

Réduction (Pass Sport 76, BTL, CE) :

Total :

Aucune inscription sera prise en compte si le dossier n'est pas complet avec la totalité du règlement.

Remarques :

Les formulaires sont disponibles sur le site du club : www.aplemontlehavrebasket.com





DEMANDE DE LICENCE :

☐ Création☐ Renouvellement☐ Mutation

Photo*

(Format JPEG)

Nom du Club :

N° Affiliation du Club :

N°CD :

IDENTITE (*Mentions obligatoires)

N° DE LICENCE* (si déjà licencié) :

SEXE* : F: ☐M: ☐

TAILLE (1) : CM (Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection)

NOM* :

PRENOM* :

DATE DE NAISSANCE*

LIEU DE NAISSANCE* :

PAYS :

NATIONALITE* (majeurs uniquement) :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE*

TELEPHONE DOMICILE

PORTABLE :

EMAIL*

- ☐ J'autorise les partenaires de la FFBB à m'envoyer, par courriel, des offres commerciales.
- ☐ Je refuse que la Fédération conserve ma photographie au-delà de la saison sportive en cours.

FAIT LE : certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus

Signature obligatoire du licencié
ou de son représentant légal :Cachet et signature du
Président du club :

CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin - *Rayer la mention inutile)

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 basket en compétition ou du sport en compétition*
- la pratique du basket ou du sport*.

FAIT LE A

Signature du médecin : Cachet :

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 : Cachet :

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 (cerfa N°15699*01 joint à la demande) 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 :

DOPAGE (joueur mineur uniquement - *Rayer la mention inutile)

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 :

PRATIQUE SPORTIVE BASKET (type de licence souhaitée) :

1 ^{ère} famille*	Catégorie	2 ^{nde} famille (optionnelle)	Niveau de jeu*
Joueur ☐ Compétition ☐ Loisir ☐ Vivre Ensemble	☐ U..... ☐ Senior		
☐ Technicien	☐ Non diplômé ☐ Diplômé Fédéral ☐ Diplômé d'Etat	☐ Technicien ☐ Officiel ☐ Dirigeant	
☐ Officiel	☐ Arbitre ☐ OTM ☐ Commissaire ☐ Observateur ☐ Statisticien		
☐ Dirigeant	☐ Elu ☐ Accompagnateur ☐ 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 charte d'engagement afin
d'évoluer en :

☐ Championnat de France ☐ Pré-Nationale

*Mentions obligatoires

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

Vous êtes informé que vos données à caractère personnel, recueillies sur ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique auprès de la Fédération Française de Basketball pour l'enregistrement de la licence et pour les activités fédérales. Conformément à la réglementation en vigueur, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression des données vous concernant. Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données ainsi qu'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis visés par le règlement européen n°2016/679 (RGPD). Ces droits peuvent être exercés directement en vous adressant à la FFBB, 117 rue Château des Rentiers 75013 PARIS - (dpo@ffbb.com)



Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

CHARTRE D'ENGAGEMENTS

Des Joueurs et Joueuses de NM2, NM3, PNM, NF1, NF2, NF3 et PNF

Engagements du joueur ou de la joueuse

Je soussigné :

Joueur(se) du Groupement Sportif :

Evoluant en (Niveau) :

S'engage à :

- S'informer auprès de son club, des nouveautés mises en place par la FFBB sur le dispositif de Joueur/euse d'Intérêt Général,
- Ne pas signer de contrats autres que ceux spécifiquement prévus par les législations en vigueur ou les règlements fédéraux et ne permettant pas l'établissement de contrats à un certain niveau de compétition (article 728 des Règlements Généraux). Dans le cas contraire, respecter l'obligation que le Groupement Sportif transmette cette information, étant informé que la FFBB pourra, sur simple demande de la Commission de Contrôle de Gestion, obtenir ce contrat,
- Dans la perspective de la mise en place du contrat de Joueur d'Intérêt Général, et si intéressé par ce dispositif, se rendre disponible pour suivre le processus de formation y afférent.

A :

Le :

Signature du Joueur ou de la Joueuse

(Mention manuscrite : « Lu et approuvé »)



FICHE RENSEIGNEMENTS 2019/2020

IDENTITE DU LICENCIE

Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Sexe : ☐ H ☐ F Taille : cm.
Médecin de famille :
N° Licence :
Type de licence : ☐ Bénévole / Dirigeant ☐ Loisir ☐ Compétition

COORDONNEES DU LICENCIE

Adresse :
Code Postal : Ville :
Email :
Téléphone fixe : Mobile :
Profession :
Employeur :

PERSONNES RESPONSABLES (LICENCIE -18ans)

Nom et prénom mère : Profession :
Téléphone mère :
Employeur :
Email mère :
Nom et prénom père : Profession :
Téléphone père :
Employeur :
Email père :

LICENCIE SCOLARISE

Etablissement :
Classe :
Filiaire :

DIVERS

1 - Seriez-vous partant pour rejoindre l'équipe des bénévoles : ☐ OUI ☐ NON
Si oui : ☐ La semaine ☐ Le samedi ☐ Le dimanche
Si oui, une personne du club vous contactera en début d'année.

2 - Seriez-vous partant pour rejoindre l'équipe des supporters NF1 : ☐ OUI ☐ NON

AUTORISATION D'EXPLOITATION DES DROITS D'IMAGE

Je soussigné(e)

Accorde au club d'A.L.Aplemont Le Havre Basket, ses représentants et toute personne agissant avec l'autorisation de l'organisme la permission irrévocable de publier sur le site internet et/ou le Facebook de l'association toutes les photographies ou vidéos prises de moi et/ou de mes enfants

..... dans la cadre des activités du club et ce durant la période de mon adhésion aux sections, quel que soit le lieu et l'horaire.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) à signer ce formulaire en mon propre nom et/ou en tant que tuteur légal pour mon ou mes enfants nommé(s) ci-dessus.

J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à, le / /

Signature :