



Le formulaire de demande de licence est disponible sur notre page :  
[jamelessebasket.com/inscription](http://jamelessebasket.com/inscription)

**IDENTITE**  
N° de licence \*(si déjà licencié) :  
NOM\* :

- Ne pas oublier de compléter les champs obligatoires indiqués par l'astérisque rouge (\*).
- La taille est une mention obligatoire pour les catégories jeunes.

- **Ne pas compléter la rubrique « Pratique sportive », le club s'en chargera.**

**PRATIQUE SPORTIVE (type de licence sportive)**

En souscrivant une licence, je reconnais que la FFB, ses dirigeants, ses membres et ses licenciés sont autorisés à capter et utiliser mon image dans le cadre de la promotion de manifestations sportives à des fins non commerciales.

**CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin)**  
Je soussigné, Docteur .....  
M / Mme / Melle ..... et n'ayant pas

- Le certificat médical est **obligatoire pour les nouvelles inscriptions.**
- Le médecin doit impérativement apposer la date, son cachet et signer.

• **Le certificat médicale est valable 3 ans à compter de la date apposée par le médecin.**

- Remplir le questionnaire médical (Pour ceux ayant fourni un certificat médical pour la saison 2016-2017).
- Si **NON** à toutes les questions, cocher la case « J'atteste... ».
- **Si un seul OUI : le certificat médical est obligatoire.**
- **Date et signature obligatoires.**

**ATTESTATION QUESTIONNAIRE MEDICAL (à remplir)**  
 J'atteste par la présente avoir répondu par l

**SURCLASSEMENT (ne nécessitant pas de certificat médical)**  
M/Mme/Melle .....  
Basketball dans la catégorie immédiate

- En cas de surclassement pour les joueurs nés après 1999, la rubrique est à remplir obligatoirement par le médecin.

- La rubrique « Dopage » est à compléter obligatoirement pour les joueurs mineurs.
- **Signature obligatoire du représentant légal**

**Dopage (joueur mineur uniquement) :**  
 Par la présente, je soussigné(e)

**INFORMATION ASSURANCES :**  
(Cocher **obligatoirement** les cases correspondant à vos choix)

- Comme indiqué, cocher obligatoirement les cases correspondantes à vos choix.
- En cas de refus de l'assurance, cocher

impérativement la case « refuse d'adhérer ».

- **Date et signature obligatoires même en cas de refus.**