



## NOTICE EXPLICATIVE FORMULAIRE LICENCE FFBB

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

### Rubrique identité

**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 com  
FAIT LE : \_\_\_\_\_  
Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus.  
Signature obligatoire du licencié \_\_\_\_\_ Tampon et signat  
ou de son représentant légal : \_\_\_\_\_ Président du club  
  
(1) Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de dé  
\*Mentions obligatoires

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

Si vous ne connaissez plus votre numéro de licence, vous pouvez le retrouver sur le site FFBB :  
<http://www.ffbb.com/jouer/recherche-avancee>

### Rubrique Pratique Sportive

**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"/> U..... <input type="checkbox"/> Senior	
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat <input type="checkbox"/> Arbitre <input type="checkbox"/> OTM <input type="checkbox"/> Commissaire <input type="checkbox"/> Observateur <input type="checkbox"/> Statisticien	
		<input type="checkbox"/> Elu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Salarié	

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

**\*CHARTRE D'ENGAGEMENT (à remplir par le licencié souhaitant évoluer en championnat de France ou qualitatif au championnat de France)**

J'atteste par la présente avoir rempli et signé la charte d'engagement afin d'évoluer en :  
 Championnat de France  
 Championnat Qualitatif au Championnat de France



## Rubrique Certificat Médical

### 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 ment

- Le certificat médical est **obligatoire** :
  1. pour les **nouvelles inscriptions** sauf en cas de possession d'un certificat médical datant après le 1 juin 2017
  2. en cas de possession d'un certificat médical datant avant le 1er juin 2016
  3. en cas d'une réponse positive (OUI) au questionnaire médical
- Le médecin doit impérativement apposer la date, son cachet et signer.
- La notion « *pratique du basket* » doit être indiqué sur le certificat médical
- **Le certificat médical sera valable 3 ans à compter de la date apposée par le médecin.**

## Rubrique Questionnaire Médical

### 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 :

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



## NOTICE EXPLICATIVE FORMULAIRE LICENCE FFBB

### Rubrique Surclassement

#### 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 :

- En cas de surclassement pour les joueurs nés après 2000, la rubrique est à remplir obligatoirement par le médecin.

### Rubrique Dopage

#### 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) 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 :

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

### Rubrique Assurance

#### 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'adhésion, à défaut par parts égales aux enfants nés

SEULES LES DEMANDES D'ADHÉSION

- 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.**