

INSCRIPTION B.C.S saison 2018-2019

ADHÉRENT :

CATEGORIE :

Nom Prénom Date de naissance : / /

Sexe : M F Nationalité :

Adresse : Ville : C.P :

Tél joueur : Tél personnes à prévenir **en cas d'urgence** :

Email (usage exclusif B.C.S)@

Dans le cadre des championnats, les enfants seront amenés à effectuer plusieurs matches à l'extérieur, aussi l'entraîneur fera-t-il appel à vous plusieurs fois dans l'année.

J'autorise mon enfant à participer aux déplacements dans le véhicule d'une tierce personne (parents de joueurs (ses), entraîneurs...) et **dégager de toutes responsabilités** le transporteur ou le B.C.S.

Signatures obligatoires précédées de la mention « lu et approuvé »

(De l'adhérent, ou des parents ou du tuteur légal pour les enfants mineurs)

Fait à : SARTROUVILLE, le / / 2018

Adhérent :

Père / Mère/Tuteur :

Cotisations 2018-2019 assurance comprise :

Enfants nés en 2010-2011-2012-2013 : Hors Mutation = 165 EUROS – Mutation = 190 EUROS

Enfants nés en 2009 et avant : Hors Mutation = 185 EUROS – Mutation = 225 EUROS

Adultes nés en 1998 et avant : Hors Mutation = 185 EUROS – Mutation = 245 EUROS

Licence T : 125 EUROS (joueur prêté par autre club)

Licence non joueur : 50 euros

Déductions : 2 enfants licenciés 20 € **3 enfants et +** : 40 € déduction faite sur le dernier licencié

ASSURANCES facultatives ADULTES indemnités journalières :

Option B : 9.50 Euros

Option C : 10,00 Euros

Les chèques vacances et les coupons sport sont acceptés

Paiement par chèque (nombre de chèques) Paiement en espèces

A fournir lors de l'inscription : le formulaire d'inscription FFBB, le paiement, le certificat médical pour les nouveaux adhérents et questionnaire médical pour les renouvellements, 1 photo d'identité petit format et 2 enveloppes timbrées à votre adresse.

Photocopie de la carte d'identité pour les personnes majeures ou carte de séjour.

Tout dossier incomplet ne pourra pas entraîner la prise de licence.



DEMANDE DE LICENCE 5x5:

Création

Renouvellement

Mutation

Comité Départemental : **78**

N° Affiliation du Club : **1978050**

Nom du Club : **B.C SARTROUVILLE**

IDENTITE

N° de licence *(si déjà licencié) :

NOM* :

PRENOM* :

DATE DE NAISSANCE* :

NATIONALITE*(majeurs uniquement) :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

TELEPHONE DOMICILE :

E-MAIL* :

SEXE* : F : M

TAILLE(1) : CM

VILLE* :

PORTABLE :

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 ou de son représentant légal :

BASKET CLUB de SARTROUVILLE
Tampou et signature du licencié et/ou du représentant légal
13 Rue Guy de Maupassant
78500 SARTROUVILLE
Siret : 789 234 929 0014

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

*Mentions obligatoires

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 :

Tampou :

*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 entraînera 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 :

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 ^{ère} famille*	2 ^{ème} famille (optionnelle)	Catégorie	Niveau de jeu*
<input type="checkbox"/> Joueur <input type="checkbox"/> Compétition +OPTION 3x3 <input checked="" 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 charte d'engagement afin d'évoluer en :

Championnat de France

Championnat Qualificatif au Championnat de France

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 :

Tampou :

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, 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

Vous êtes informé que vos données à caractère personnel, recueillies sur ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique sous la responsabilité de la FFBB, et ce aux fins, suivant votre qualité (licencié, médecin ou représentant légal d'un mineur), de gérer les souscriptions de licences, de vous adresser de la prospection commerciale, de vérifier l'aptitude physique (absence de contre-indication médicale) et les autorisations de contrôle antidopage, ainsi que de gérer les souscriptions d'assurances. Les champs marqués d'un astérisque (*) ont un caractère obligatoire. Conformément à la réglementation, vous bénéficiez d'un droit, d'accès d'opposition, de rectification et de suppression ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort des données personnelles après la mort. Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que d'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis visés par le règlement européen n°2016/679 (RGPD).

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 inexplicquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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. Simplet 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.