



**ROMAGNE BASKET CLUB - 12 résidence des chênes - Mme Carole MAHE**

**Tél : 07.68.67.42.04**

**mail : [romagne.basket@gmail.com](mailto:romagne.basket@gmail.com)**

**Site du club : <http://romagne.basketclub.free.fr>**

### Dossier de création pour 2018-2019 pour adultes

#### A nous retourner :

- Le formulaire de demande de renouvellement de licence.  
Remplir la partie « identité » et signer.  
Faire remplir par le médecin la partie « certificat médical »  
Remplir la partie « information assurances » l'option A est comprise dans le prix de la licence, la signer sans oublier la mention lu et approuvé.
- Une photo d'identité obligatoire (maximum 25 x 20). Merci de veiller à la taille de la photo.  
Ne pas la coller et mettre le nom au dos.
- Une photocopie de la carte d'identité
- La fiche d'identité du licencié
- Le règlement de la licence - règlement possible en deux ou trois fois, joindre les différents chèques lors du dépôt du dossier.

#### Tarifs des licences pour 2018-2019 - assurance option A comprise

Ancienne dénomination	Nouvelle dénomination	Années de naissance	Tarifs pour 2018-2019
baby	U7	2012 - 2013	100 €
mini-poussin	U9	2010 - 2011	
poussin	U11	2008 - 2009	
benjamin	U13	2006 - 2007	105 €
minime	U15	2004 - 2005	
cadet	U17	2002 - 2003	120 €
junior	U20	1999-2000-2001	
senior	senior	1998 et avant	

\* Information assurance :

« Chaque adhésion se renouvelle automatiquement jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet suivant, par tacite reconduction à chaque échéance annuelle fixée au terme de la saison sportive (1<sup>er</sup> juillet zéro heure), sauf dénonciation effectuée de la part du licencié par courrier recommandé avec accusé de réception expédié au club, au plus tard le 31 mai de l'année en cours de la licence. »

- L'option A (dite de base, comprise dans le prix de la licence) offre les principales garanties pour faire face aux conséquences d'un accident (frais médicaux, versement d'un capital invalidité ou décès, assistance rapatriement lors des déplacements).
- L'option B offre les garanties de l'option A ainsi qu'une garantie « indemnités journalières » qui s'adresse aux licenciés ayant une activité professionnelle pour compenser des pertes de revenus consécutives à un accident et un service d'assistance vie quotidienne en cas d'accident entraînant une incapacité temporaire totale de plus de 15 jours.
- L'option C est complémentaire à l'option A ou à l'option B et permet à tous de bénéficier d'une indemnisation plus large en cas d'accident grave conduisant à une invalidité.

Pour les seniors exerçant une activité professionnelle, il est conseillé de vérifier auprès de votre employeur si vous avez un maintien de salaire en cas d'arrêt de travail.

Si vous ne l'avez pas, il est plus sage de prendre au moins l'option B à 8.63 €. (rajouter 5,65€ au montant de votre licence).

Les dossiers sont à remettre complets auprès du secrétariat au plus tôt dans la boîte aux lettres chez Mickaël Daniello, 33 résidence les 3 tilleuls à Romagné

Surtout, si vous avez des questions, n'hésitez pas à envoyer un mail à [caenlu@gmail.com](mailto:caenlu@gmail.com)



**DEMANDE DE LICENCE 5x5:**  Création  Renouvellement  Mutation

Comité Départemental :  N° Affiliation du Club :  Nom du Club :

**IDENTITE**  
N° de licence \*(si déjà licencié) :  
NOM\* :  
PRENOM\* :  
DATE DE NAISSANCE\* :  
NATIONALITE\*(majeurs uniquement) :

SEXE\* : F  : M   
TAILLE(1) :  CM

ADRESSE :  
CODE POSTAL :  
TELEPHONE DOMICILE :  
E-MAIL\* :

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 :

**ROMAGNE BASKET CLUB**

Tampon et signature du  
12 Rue des Chênes  
35133 ROMAGNE  
Tél 07 68 07 42 04

romagnebasket@orange.fr

(1) Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être rempli.  
\*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 : 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 :

**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"/> 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

**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 D, 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 notaire 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).

# Fiche d'identité du licencié

## Saison 2018-2019

- Informations personnelles à remplir soigneusement – merci

Nom Prénom	
Date de naissance	
Taille	
Adresse	
Ville	
Téléphone fixe	
Portable du licencié (s'il en a un)	
Email du licencié	
<b>Partie à remplir pour les mineurs</b>	
Nom et prénom du père	
Portable	
Nom et prénom de la mère	
Portable	
Email des parents pour les mineurs	
<b>Personnes autres que les parents à contacter en cas d'urgence</b>	
Nom prénom	
Téléphone	
Nom et prénom	
Téléphone	

**Etes-vous intéressé pour :**

- Etre parent référent : Oui - Non
- Etre arbitre : Oui - Non
- Etre à la table de marque : Oui - Non
- Aider dans une commission : Oui - Non