

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

Tél : 07.68.67.42.04 mail : romagne.basket@gmail.com

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

Dossier de création pour 2019-2020 pour adultes

A nous retourner :

- Le formulaire de demande de création de licence.
 - Remplir et signer les parties surlignées .
 - 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**). 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 est possible en deux ou trois fois, joindre les différents chèques lors du dépôt du dossier.

Tarifs des licences pour 2019-2020- assurance option A comprise : 120 €

* Information assurance :

« Chaque adhésion se renouvelle automatiquement jusqu'au 1^{er} juillet suivant, par tacite reconduction à chaque échéance annuelle fixée au terme de la saison sportive (1^{er} 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



DEMANDE DE LICENCE :



Création



Renouvellement



Mutation

Photo*

(Format JPEG)

Nom du Club : ROMAGNE BC

N° Affiliation du Club : BRE0035150

N°CD : 035

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 :

ROMAGNÉ BASKET CLUB

12 Rue des Chênes
35133 ROMAGNÉ

Tél. 07 68 67 42 04

Cachet et signature du Président du club
romagne.basket@gmail.com

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 : _____

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 : _____

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 : _____

PRATIQUE SPORTIVE BASKET (type de licence souhaitée) :

1 ^{ère} famille*	Catégorie	2 ^{ème} famille (optionnelle)	Niveau de jeu*
<input type="checkbox"/> Joueur <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Vivre Ensemble	<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"/> Technicien <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Dirigeant	
<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 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°2018/679 (RGPD). Ces droits peuvent être exercés directement en vous adressant à la FFBB, 117 rue Château des Rantiers 75013 PARIS - (ffbb@ffbb.com)

Fiche d'identité du licencié

Saison 2019-2020

- 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	
Partie à remplir pour les mineurs	
Nom et prénom du père	
Portable	
Nom et prénom de la mère	
Portable	
Email des parents pour les mineurs	
Personnes autres que les parents à contacter en cas d'urgence	
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