

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 les mineurs

A nous retourner :

- Le formulaire de demande de création de licence.
 - Remplir et signer la partie surlignées.
 - Faire remplir par le médecin les parties « **certificat médical** » et « **surclassement** »
- 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 ou du livret de famille (page de l'enfant)
- L'autorisation parentale et l'autorisation d'hospitalisation (sur la même feuille)
- 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. (Chèque Vacances et coupon sport acceptés).

Tarifs des licences pour 2019-2020 - assurance option A comprise

Nouvelle dénomination	Années de naissance	Tarifs pour 2019-2020
U7	2013 et après	100 €
U9	2011-2012	
U11	2009-2010	
U13	2007-2008	105 €
U15	2005-2006	
U17	2003-2004	120 €
U20	2002-2001-2002	
senior	1999 et avant	

Une réduction de 5 € est accordée à partir du 2^{ème} enfant (mineur).

Votre dossier complet est à remettre à Mickaël Daniello dans sa boîte aux lettres au 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-dessusSignature obligatoire du licencié ou de son représentant légal :

ROMAGNE BASKET CLUB

12 Rue des Chênes
35133 ROMAGNE

Tél 07 68 67 42 04

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 :

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 :

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 :

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="text"/>
<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"/> 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 / MIAF) 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 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°2016/679 (RGPD). Ces droits peuvent être exercés directement en vous adressant à la FFBB, 117 rue Château des Reniers 75013 PARIS - (ffbb@ffbb.com)

Romagné Basket Club - Saison 2019-2020

Autorisation parentale

Je soussigné, Mme, Mr : _____

Autorise mon enfant : _____ né le _____

Catégorie : U _____ à participer aux activités du club de basket de Romagné

Entraînement le _____ de : _____ h _____ à _____ h _____

Matches : lieu et heure précisés sur les plannings ou lors des entraînements.

A l'issue des entraînements et des matchs :

- J'autorise mon enfant à rejoindre son domicile non accompagné
- Mon enfant rejoindra son domicile accompagné de :

○ Mme Mr _____ lien avec l'enfant : _____

○ Mme Mr _____ lien avec l'enfant : _____

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du club.

J'autorise le club à diffuser les photos de mon enfant dans le cadre sportif.

A _____ le _____ signatures

Autorisation d'hospitalisation

Je soussigné, Mme, Mr _____

autorisent les responsables du club à prendre toutes les mesures utiles pour une intervention d'urgence ou pour une hospitalisation concernant l'enfant :

Nom : _____ prénom : _____

En cas d'urgence, je demande de prévenir :

- Mme Mr _____ tél _____
- Mme Mr _____ tél _____

Je porte ci-après, à la connaissance des responsables du club, tout élément particulier et nécessaire à la sécurité de mon enfant (asthme – diabète, épilepsie, allergie...)

Fait à _____ le _____ signatures

Fiche d'identité du licencié

Saison 2019-2020

- informations personnelles à remplir soigneusement – merci

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

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 |