

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

Tél : 07.68.57.42.04 mail : romagne.basket@gmail.com

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

Dossier de renouvellement pour 2019-2020 pour adultes

A nous retourner :

- Le formulaire de demande de renouvellement de licence.
 - Remplir et signer les parties surlignées
 - Faire remplir si besoin par le médecin la partie « **certificat médical** »
 - Remplir la partie « **information assurances** » uniquement si vous souhaitez changer d'option par rapport à la saison précédente.
- Une photo d'identité (maximum 25 x 20). Ne pas la coller et mettre le nom au dos.
- 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 :

- 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

Pour les renouvellements de licence déposés après le 31 août, une majoration de 30€ sera appliquée.

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 :Cachet obligatoire du licencié
ou du représentant légal :

ROMAGNÉ BASKET CLUB
 12 Rue des Chênes
 35133 ROMAGNE
 Tél: 09768674204
 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 ^{de} 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"/> 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"/> Technicien <input type="checkbox"/> Officiel <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

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 :

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 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 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°2018/679 (RGPD). Ces droits peuvent être exercés directement en vous adressant à la FFBB, 117 rue Château des Reniers 75013 PARIS - (ffbb@ffbb.com)

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 inexpliquée ?	<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. Simplement attestez, 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.

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 |