

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE

L'imprimé de demande de licence est disponible sur le site du Comité, de la Fédération, la plateforme e-FFBB.

L'adresse pour accéder à l'imprimé de licence est la suivante :

http://www.ffbb.com/sites/default/files/formulaire_demande_de_licence_2019-2020_vfin.pdf

Compléter cet imprimé en ligne.

**L'adresse Mail est obligatoire
celle du club n'est pas acceptée**

Vérifier que chaque mention obligatoire soit bien complétée.

IDENTITE (*Mentions obligatoires)		SEXES: F: <input type="checkbox"/> M: <input type="checkbox"/>		TAILLE (ft): <input type="text"/> CM (Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de sélection)	
N° DE LICENCE* (si déjà licencié): <input type="text"/>					
NOM*: <input type="text"/>	PRENOM*: <input type="text"/>	DATE DE NAISSANCE*: <input type="text"/>			
LIEU DE NAISSANCE*: <input type="text"/>	PAYS: <input type="text"/>	NATIONALITE* (mineurs uniquement): <input type="text"/>			
ADRESSE: <input type="text"/>		CODE POSTAL: <input type="text"/>	VILLE*: <input type="text"/>		
TELEPHONE DOMICILE: <input type="text"/>	PORTABLE: <input type="text"/>	EMAIL*: <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> J'autorise les partenaires de la FFBB à m'envoyer, par courriel, des offres commerciales.					
<input type="checkbox"/> Je refuse que la Fédération conserve ma photographie au-delà de la saison sportive en cours.					
FAIT LE: <input type="text"/> certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus		Signature obligatoire du licencié ou de son représentant légal: <input type="text"/>		Cachet et signature du Président du club: <input type="text"/>	

**PHOTO
FORMAT
IDENTITÉ
OBLIGATOIRE**

**Attention 2 cases compétitions
Avec ou sans 3x3**

Le licencié doit compléter la 1^{ère} famille (seule demande obligatoire), ne pas oublier de mentionner le niveau de jeu de la saison 2019/2020.

Ne sont concernés par la **Charte d'Engagement, que les joueurs(es) qui évoluent en CF et PN.**

Transmettre cette charte signée par le joueur au Comité avec le bordereau des licences.

Le certificat médical est dorénavant utilisé pour 3 années sportives (sauf si le licencié a répondu par la négative à une des questions posées sur le Questionnaire Médical. Ce-dernier est à vérifier s'il n'y a pas de certificat médical.

Le surclassement n'est valable qu'une saison sportive, le faire valider si besoin chaque année.

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		

*CHARTES 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

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 (*certa N°15699/01 joint à la demande*) 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 :

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 :

Ne pas oublier de faire compléter et signer cette partie « **dopage** » par les représentants légaux des joueurs concernés.

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 :

AUTORISÉ* REFUSÉ*

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 :

La partie assurance ne doit être complétée que dans le cas d'une création ou modification d'option (A vers B ou B vers A uniquement). Comme notifié dans le contrat, l'option assurance est reconduite tacitement (sauf dénonciation avant le 31 mai de la saison précédente auprès de la Fédération). Dans le cas de création, vérifier que ce bécquet soit bien complété **et** signé.

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 individuelles Accident (Accord collectif n° 2153 / Mutuelle des Sportifs-MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité Civile (Contrat n° 410011SP / 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 individuelles Accident et coche la case correspondant à l'option choisie :

Option A, au prix de 2,98 euros TTC.
 Option B, au prix de 6,63 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'ADHÉSIONS 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 Châteaux des Randonniers 75013 PARIS - ffbb@ffbb.com

LE CERTIFICAT MEDICAL est valable 3 années consécutives (sous réserve des réponses apportées au questionnaire médical).

Tous les certificats médicaux produits après le 1^{er} juin 2017 pourront être utilisés pour la reprise d'une licence.

Un licencié souhaitant jouer, entraîner et/ou arbitrer doit fournir un certificat médical dans l'un des cas suivants :

- ✓ Création de licence,
- ✓ Certificat médical précédent datant d'avant le 1^{er} juin 2017,
- ✓ Avoir répondu au moins à une réponse positive au questionnaire de santé.

LE QUESTIONNAIRE DE SANTE peut être complété par le licencié lorsque le certificat médical date de moins de 3 ans (voir sur FBI la date de fin de validité de celui-ci). Si les réponses aux questions posées sont toutes être négatives, le licencié ou son représentant légal pourra cocher et signer sur la demande de licence.

Le **Questionnaire Médical** (QM) est complété par le licencié, il est de sa responsabilité de répondre correctement aux questions. **Le QM est à conserver par le licencié ou remis au club.**

Le licencié doit fournir un certificat médical **OU** avoir complété la partie « attestation QM ».

Le surclassement n'est valable qu'une SEULE SAISON Sportive.

➤ **Surclassement délivré par le médecin de famille**

- Demande de licence et demande de surclassement simultanées

La date de qualification pour évoluer dans la catégorie supérieure est la date de qualification de la licence (et non celle du médecin autorisant le surclassement).

- Demande de surclassement postérieure à la demande de licence

La date de qualification pour évoluer dans la catégorie supérieure **est la date de RECEPTION au comité.**

Article 427.3 des règlements généraux de la FFBB.

Si urgence : Expédier le certificat de surclassement au comité en lettre recommandée, la date de qualification pour évoluer dans la catégorie supérieure sera alors la date de l'envoi en recommandé (sous réserve que le dossier parvienne complet).

➤ **Surclassement délivré par un médecin agréé et devant être validé par le médecin régional.**

Visite obligatoire auprès d'un médecin agréé par la Fédération. (Voir liste Chapitre « DIVERS »).

Imprimer le document (bleu ou jaune) via la plateforme e-FFBB.

Le transmettre dans les plus brefs délais à la Ligue de Bretagne, à l'attention du médecin Régional.

L'enregistrement du surclassement dans la catégorie supérieure est de la responsabilité de la Ligue de Bretagne.

Ne pas faire évoluer le joueur dans la catégorie supérieure tant que le surclassement n'apparaît pas sur sa fiche FBI.