



# DEMANDE DE LICENCE

Création  Renouvellement  Mutation

Photo

Comité Départemental de  
Nom du groupement sportif

N ° club

N° de licence (si déjà licencié)

NOM\* \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Nationalité \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Téléphone fixe \_\_\_\_\_

Téléphone portable \_\_\_\_\_

E.mail \_\_\_\_\_

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date \_\_\_\_\_

Signature obligatoire du licencié ou de son représentant légal : \_\_\_\_\_ Tampon et signature du Président du club : \_\_\_\_\_

\* Ou nom d'usage

**Certificat annuel de non-contre indication à la pratique du Basketball en compétition**

Je soussigné, Docteur .....  
certifie avoir examiné M / Mme / Melle .....  
.....  
et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre-indiquant la pratique du Basket-ball **en compétition**.

A ..... Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du Médecin : \_\_\_\_\_ Cachet : \_\_\_\_\_

---

**Surclassement**  
(ne nécessitant pas un imprimé spécifique)

Mr / Mme / Melle : .....  
peut pratiquer le Basketball dans la catégorie immédiatement supérieure dans le respect de la réglementation en vigueur au sein de la FFBB.

A ..... Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du Médecin : \_\_\_\_\_ Cachet : \_\_\_\_\_

1 <sup>ère</sup> famille obligatoire (1 seul choix possible)	2 <sup>ème</sup> famille optionnelle (1 seul choix possible)	Catégorie	Niveau d'intervention
<input type="checkbox"/> <b>Joueur</b> - <input type="checkbox"/> Compétition - <input type="checkbox"/> Loisir - <input type="checkbox"/> Entreprise		<input type="checkbox"/> Senior ou <input type="checkbox"/> U ____	Niveau de pratique le plus élevé (obligatoire) : .....
<input type="checkbox"/> <b>Technicien</b>	<input type="checkbox"/> <b>Technicien</b>	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat	<input type="checkbox"/> <b>Territoires :</b> (Département - Région)
<input type="checkbox"/> <b>Officiel</b>	<input type="checkbox"/> <b>Officiel</b>	<input type="checkbox"/> Arbitre <input type="checkbox"/> OTM <input type="checkbox"/> Commissaire <input type="checkbox"/> Observateur <input type="checkbox"/> Statisticien	<input type="checkbox"/> <b>Championnat de France</b>
<input type="checkbox"/> <b>Dirigeant</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dirigeant</b>	<input type="checkbox"/> Elu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> <b>Pro A Pro B Esp Pro A LFB</b>

Pour tout licencié souhaitant évoluer en tant que « Joueur » : **obligation de cocher la case joueur en 1<sup>er</sup> choix de famille**

Cadre réservé à la Commission de Qualifications compétente : Qualifié le : ..... Type de licence attribuée : .....

**INFORMATION ASSURANCES :**  
(Cocher **obligatoirement** les cases correspondant à vos choix)

JE SOUSSIGNÉ(E), le licencié ou son représentant légal, NOM : ..... PRÉNOM : .....

**Reconnais** avoir reçu le résumé des garanties (Contrat AIG 4.091.578 ci-annexé et consultable sur [www.ffbb.com](http://www.ffbb.com)), conformément à L141-4 du code des Assurances, et avoir pris connaissance des garanties Responsabilité Civile incluses automatiquement en prenant ma licence ainsi que des garanties Individuelles complémentaires proposées par AIG, et :

souhaite souscrire à l'option A, au prix de 3,70 euros TTC.  
ou  souhaite souscrire à l'option B, au prix de 9,50 euros TTC.  
ou  souhaite souscrire à l'option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option A, soit un total de 4,20 €TTC (= A+).  
ou  souhaite souscrire à l'option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option B, soit un total de 10 €TTC (= B+).  
ou  ne souhaite pas souscrire aux garanties individuelles complémentaires proposées (= N)

**Reconnais** par ailleurs 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

Signature de l'Assureur \_\_\_\_\_ Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Signature de l'Adhérent ou de son représentant légal) : \_\_\_\_\_  
« Lu et approuvé »

*En cas de Décès de l'Assuré, le bénéficiaire est, sauf stipulation contraire adressée par l'ASSURÉ ou le Souscripteur au moyen d'une disposition écrite et signée, le conjoint survivant de l'Assuré, non séparé de corps, ni divorcé, à défaut les enfants légitimes reconnus ou adoptifs de l'Assuré, à défaut les ayants droit légaux, concubins ou pacsés. Si l'Assuré est mineur, les bénéficiaires sont les ayants droit légaux. Pour toutes les autres garanties le bénéficiaire est l'Assuré lui-même.*

**SEULES LES DEMANDES D'ADHÉSIONS DUMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR**