

DEMANDE DE LICENCE :	Création	Renouvellement	■ Mutation

ation Photo*

(Format JPEG)

Nom du Club : Wavrin WBB N° Affiliation du Club : HDF0059139 CD : 59

IDENTITE (*Mentions obligatoires) N° DE LICENCE*(si déjà licencié) :	: M 🗆	TAILLE : CM		3XS au 5XL)		
NOM*: PRENOM*:		DATE DE NAISSA	NCE*//.			
LIEU DE NAISSANCE*:						
ADRESSE :	CODE POSTAL :	VILL	.E* :			
TELEPHONE DOMICILE : PORTABLE :	EMAIL*					
☐ J'autorise les partenaires de la FFBB à m'envoyer, par courriel, des offres commerciales.						
FAIT LE: / Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus	Signature obligatoire du licencié ou de son représentant légal :	Cachet et si Président du				
CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin - *Rayer la mention inutile)	SURCLASSEMENT (ne nécessitant pas un imprimé spécifique)					
M/Mme						
 la pratique du basket en compétition ou du sport en compétition* la pratique du basket ou du sport *. 	FAIT LE	A				
FAIT LE	Signature du médecin :		Cachet:			
Signature du médecin : Cachet :						
	PRATIQUE SPORTIVE BASKET (type de licence souhaitée) :					
ATTESTATION QUESTIONNAIRE MEDICAL (à remplir par le licencié)	1ère famille*	Catégorie	2 ^{nde} famille (optionnelle)	Niveau de jeu*		
□ 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.	Joueur Compétition Loisir Vivre Ensemble	U				
FAIT LE/ A	□ Technicien	☐ Non diplômé ☐ Diplômé Fédéral ☐ Diplômé d'Etat	□Technicien □Officiel	×		
Signature du licencié :	□ Officiel	☐ Arbitre ☐ OTM ☐ Commissaire ☐ Observateur ☐ Statisticien	□Dirigeant			
DOPAGE (joueur mineur uniquement - *Rayer la mention inutile)	☐ Dirigeant	☐ Elu ☐ Accompagnateur ☐ Salarié				
Par la présente, je soussigné(e)représentant(e) légal(e) depour lequel une licence est sollicitée à la FFBB :	*CHARTE D'ENGAGEME	NT (à remplir par le lice				
□ 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 d'évoluer en :						
antidopage. Je reconnais avoir pris connaissance qu'un refus de se soumettre à un contrôle est susceptible d'entrainer des sanctions disciplinaires.	☐ Championnat de France ☐ Pré-Nationale					
Signature obligatoire du représentant légal :	*Mentions obligatoires					
INFORMATION ASSURANCES: (Cocher oblina	toirement les cases correspondant	à vos choix)				
INFORMATION ASSURANCES: (Cocher obligatoirement les cases correspondant à vos choix) JE SOUSSIGNÉ(E), le licencié ou son représentant légal, NOM: PRÉNOM: PRÉNOM:						
 □ Reconnais avoir reçu et pris connaissance des notices d'information relatives aux garanti Rapatriement et Responsabilité Civile (Contrat n° 4100116P / MAIF) ci-annexées et consultable code des Assurances, ainsi que des garanties Individuelles complémentaires proposées par la □ Souhaite souscrire à l'une des options Individuelle Accident et coche la case correspondant à l' 	es sur www.ffbb.com, conformém MDS.					
 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 € ™ Option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option B, soit un total de 9,13 € ™ 						
□ 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 ACCOMP	AGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPON	DANT SERONT PRISES EN COMPT	TE PAR L'ASSURFUR			