



DEMANDE DE LICENCE 2023/2024 : Création Renouvellement Mutation

Photo*

(Format JPEG)

Nom du Club :

N° Affiliation du Club :

CD :

JE SUIS (*Mentions obligatoires)

N° DE LICENCE*(si déjà licencié) :
 Nom* : Prénom* :
 Nom de naissance*(si différent) :
 Sexe : F M Taille :cm (mineur uniquement)
 Date de naissance* :/...../.....
 Lieu de Naissance* :
 Pays (*si étranger) :
 Nationalité*(majeurs uniquement) :
 Adresse :
 Code Postal* : Ville* :
 Email* :
 Téléphone Domicile : Portable :
 Représentant légal : Email* :

CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin - *cocher la case correspondante)

Je soussigné, Docteur certifie avoir examiné ce jour M./Mme et n'avoir décelé aucun contre-indication apparente :
Pour la pratique sportive :
 * la pratique du basket en compétition ou du sport en compétition (pratique compétitive y compris basket loisir)
Pour la pratique du Vivre Ensemble :
 * la pratique du basket ou du sport (pratique non compétitive – Vivre Ensemble)
FAIT LE/...../..... **A**
 Signature du médecin : Cachet :

QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE
 (À cocher par le représentant légal du licencié mineur uniquement) OU
 (À cocher par le licencié majeur uniquement)

J'atteste par la présente que chacune des rubriques du questionnaire relatif à l'état de santé (joint à la demande pour le licencié mineur ou majeur) a donné lieu à une réponse négative 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, y compris en compétition, datant de moins de 6 mois.
FAIT LE/...../..... **A**
 Signature obligatoire du représentant légal (pour le licencié mineur) :
 OU
 Signature obligatoire du licencié majeur :

SURCLASSEMENT (ne nécessitant pas un imprimé spécifique et un examen par un médecin agréé)

Je soussigné, Docteur certifie avoir examiné ce jour M./Mme et n'avoir décelé aucune contre-indication apparente pour pratiquer le Basketball en compétition 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 :

DOPAGE (joueur mineur uniquement - *cocher la case correspondante)

Je soussigné(e) représentant(e) légal(e) de qui a sollicité une licence 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 que l'absence d'autorisation est constitutive d'une soustraction au prélèvement d'un échantillon, susceptible d'entraîner des sanctions auprès de l'AFLD.

Signature obligatoire du représentant légal :

JE SOUHAITE : (cocher la ou les cases correspondantes)

Être uniquement Adhérent

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Exercer une fonction | <input type="checkbox"/> Pratiquer le Basket (avec extension) : |
| <input type="checkbox"/> Dirigeant | <input type="checkbox"/> Joueur Compétition (5x5, 3x3 et Mini Basket) |
| <input type="checkbox"/> Officiel | <input type="checkbox"/> Joueur Loisir (5x5 et 3x3) |
| <input type="checkbox"/> Technicien | <input type="checkbox"/> Joueur Entreprise (5x5 et 3x3) |
| <input type="checkbox"/> Pratiquer le Vivre Ensemble : | <input type="checkbox"/> Micro Basket |
| <input type="checkbox"/> Basket Santé | |
| <input type="checkbox"/> Basket Inclusif | |
| <input type="checkbox"/> BaskeTonik | |
| <input type="checkbox"/> BaskeTonik Forme | |

MES JUSTIFICATIFS : *CHARTRE D'ENGAGEMENT (à remplir par le licencié souhaitant évoluer en championnat de France ou qualitatif 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

JE M'ASSURE : (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° 2231 / Mutuelle des Sportifs-MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité Civile (Contrat n° 4100116P / MAIF) consultables, téléchargeables, imprimables ci-après et 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. Et reconnais avoir reçu l'information relative à mes possibilités et à mon intérêt à souscrire aux garanties Individuelles Accident auprès de l'assureur fédéral MDS ou l'assureur de mon choix pour les éventuels dommages corporels que je peux subir du fait de la pratique du Basket-Ball

Ne souhaite souscrire à l'une des options Individuelle Accident et coche la case correspondant à l'option choisie :

- Formule A, cotisation : 2,17 euros TTC (1)
 - Formule B, cotisation : 6,27 euros TTC (1)
 - Formule complémentaire C (cotisation : 0,36 euros TTC), en complément de la formule A, soit un total de 2,53 euros TTC (= A+)
 - Formule complémentaire C (cotisation : 0,36 euros TTC), en complément de la formule B, soit un total de 6,63 euros TTC (= B+)
- (1) Aucune cotisation à acquitter au titre des formules A et B dans le cadre de la pratique du « Micro-Basket » ou « Vivre Ensemble ».

Ne souhaite pas souscrire aux garanties individuelles Accident proposées (N)

Reconnais avoir reçu l'information relative à mes possibilités et de mon intérêt à souscrire à ces garanties Individuelle Accident auprès de l'assureur fédéral MDS ou l'assureur de mon choix 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

JE M'ENGAGE : En souscrivant une licence, je reconnais que la FFBB, ses organismes déconcentrés et les clubs peuvent être amenés à capter et utiliser mon image dans le cadre de la promotion et du développement du Basketball, à l'occasion de manifestations sportives à des fins non commerciales.

J'autorise la FFBB et ses filiales à m'envoyer par courriel des offres promotionnelles et/ou commerciales pour ses activités (billetterie, produits dérivés...).

J'autorise la FFBB à transmettre à ses partenaires mon adresse électronique à des fins promotionnelles et/ou commerciales.

La base légale du traitement lié à la communication à but commercial et/ou promotionnel par la FFBB ou par des tiers est le consentement. Ces données seront traitées et conservées jusqu'au retrait de celui-ci par la personne concernée. La personne dispose du droit de retirer son consentement à tout moment conformément au Règlement UE 2016/679.

Conformément aux dispositions de l'article L.321-4 alinéa 2 du code du sport, je suis est informé de l'existence de garanties relatives à l'accompagnement juridique et psychologique ainsi qu'à la prise en charge des frais de procédure engagés par les victimes de violences sexuelles, physiques et psychologiques.

Je reconnais avoir pris connaissances des mentions sur la protection de mes données personnelles et certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements de ma demande de licence.

FAIT LE :/...../.....

Signature obligatoire du licencié ou de son représentant légal :

Cachet et signature du Président du club :

Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ?
Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille

un garçon

Ton âge : ans

| Depuis l'année dernière | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu été opéré (e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé (e) sans te souvenir de ce qui s'était passée ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup de mal à respirer après un effort ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) | OUI | NON |
| Te sens-tu fatigué (e) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleures-tu plus souvent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aujourd'hui | OUI | NON |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Questions à faire remplir par tes parents | OUI | NON |
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (examen médical prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

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.

En raison du contexte sanitaire exceptionnel, nous recommandons vivement une visite médicale préalablement à la prise de licence ou la reprise d'entraînement

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON* | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ? | <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"/> |
| 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 atteste, 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.