



DEMANDE DE LICENCE


Création Renouvellement Mutation

Comité Départemental de : **Val-de-Marne (94)**

Nom du groupement sportif : **COSM Arcueil Basket** N° club : **19 94 042**

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 :



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 ^{ère} famille obligatoire (1 seul choix possible)	2 ^{ème} famille optionnelle (1 seul choix possible)	Catégorie	Niveau d'intervention
<input type="checkbox"/> Joueur - <input type="checkbox"/> Compétition - <input type="checkbox"/> Loisir - <input type="checkbox"/> Entreprise		Senior <input type="checkbox"/> U ____	Niveau de pratique le plus élevé (obligatoire) :
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Technicien	Non diplômé Diplômé Fédéral	<input type="checkbox"/> Territoires : (Département - Région)
<input type="checkbox"/> Officiel	<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"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Elu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Pro A Pro B Esp Pro A LFB

Pour tout licencié souhaitant évoluer en tant que « Joueur » : **obligation de cocher la case joueur en 1^{er} 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), 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 Basketball

Signature de l'Assureur

Fait à _____ le _____

Signature de l'Adhérent (ou de son représentant légal)
précédée de la mention « 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 pacés. 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

Cochez la case si vous ne souhaitez pas que vos données personnelles soient utilisées à des fins commerciales / communiquées à des tiers. Droit de rectification : loi informatique et liberté (N°7817 du 06/01/78) : le licencié peut demander communication et rectification de toute information le concernant. Le droit d'accès et de rectification peut s'exercer au siège de la FFBB.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Saison 20 - 20

Type :

Catégorie :

Nom :

Date de Naissance :

Prénom :

Sexe : F M

N° de Tel :

Adresse Mail :

Adresse :

Code Postal :

Profession / Etude :

Ville :

Entreprise / Ecole :

Si il s'agit de votre 1ère inscription, merci de préciser l'origine de votre venue au club :

Initiation Ecole

Forum Sports

Ami(e)

Autre

Souhaite participer à la vie associative :

Oui

Non

Je souhaite m'inscrire à l'école des officiels du club (à partir de U13) :

Oui

Non

COSMA
BASKETBALL

Père

★ DEPUIS 1973 ★

Mère

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse (si différente) :

Adresse (si différente) :

CP :

CP :

Ville :

Ville :

N° Tel :

N° Tel :

Adresse Mail :

Adresse Mail :

Profession :

Profession :

Entreprise :

Entreprise :

Je souhaite participer à la vie associative du club

Oui

Non

Mon entreprise peut, éventuellement, être intéressée par un partenariat avec le club

Oui

Non

Je souhaite participer à la vie associative du club

Oui

Non

Mon entreprise peut, éventuellement, être intéressée par un partenariat avec le club

Oui

Non

Autorisations

(Obligatoire)

Je soussigné(e) _____,

- autorise la prise de vue et la publication de l'image sur laquelle ceci sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) et sans limitation de durée.

- autorise mon fils/ma fille _____ :
à rentrer seul après les entraînements et matchs : OUI NON

à être véhiculé(e) par une autre personne que moi : OUI NON

- autorise le COSM Arcueil Basket à prévenir les personnes suivantes en cas d'accident :

Nom : _____ Prénom : _____ Mobile : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Mobile : _____

- autorise le COSM Arcueil Basket à prendre sur avis médical, toutes les dispositions nécessitées par l'état de mon enfant en cas de maladie ou d'accident : OUI NON

- peux, le cas échéant, accompagner avec mon véhicule sur les matchs à l'extérieur : OUI NON

Allergies, Contre-indications ou Problèmes de santé connus :

Fait à :

Le :

Signature :