

DEMANDE DE LICENCE – 2014/15

Création Renouvellement Mutation

Comité départemental des Yvelines
Nom du groupement sportif : CHATOU CROISSY BASKET
N° club : 19 78 031

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 Tampon et signature
 ou de son représentant légal 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 Mr/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 Basket-Ball 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 obligatoire (1 seul choix possible)	Catégorie	Niveau d'intervention
<input type="checkbox"/> Joueur <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Loisirs <input type="checkbox"/> Entreprise		<input type="checkbox"/> Senior ou <input type="checkbox"/> U	Niveau de pratique le plus élevé (Obligatoire) :
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat	<input type="checkbox"/> Territoires : (Département – Région) <input type="checkbox"/> Championnat de France <input type="checkbox"/> Pro A Pro B Esp Pro A LFB
<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	

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 Qualification 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 Basket-ball

Signature de l'Assureur Fait à le/...../.....
 Signature de l'Adhérent (ou de son représentant légal) :

kyg bgn

« 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