A REMPLIR PAR LE CLUB

A remplir par le licencié

A REMPLIR PAR LE CLUB

SEUL LES JOUEURS DES EQUIPE ENGAGEES EN PRE-NATIONAL DOIVENT REMPLIR CET ENCADRE

(200	DEMANDE DE LICENCE 5x5: Création Renouvellement Mutation					
Comité Départemental : N° Affiliation du Club : Nom du Club :						
BONTTE No a bennoe "() deljà licencié): SERE": f : M PERIODA": DATI DE NADSANCE : DATI DE NADSANCE : AGRISSE : CDGE POSTA : TILLFIONE DOMICIE : PORTABLE : E-MALL : Fautri le partenates de la FFSB à m'envoyer, par courriel, des offres commerciales. FAIT LE: Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus.					CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin) Je soussigné, Docteur / Mme apparents contre-indiquant : - la pratique du sport en compétition ou du basket en compétition* - la pratique du sport ou du basket*. FAIT LE A Signature du médecin : "Rayer la mention inutile	
Signature obligatoire du licencié Tampon et signature du						
ou de son représentant légal : Président du club : [1] Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection. "Mentions obligatoires					ATESTATION QUESTIONNAIRE MEDICAL (è remptir par le ficencié) ☐ 'ittleste par la présente avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions relatives au questionnaire de santé 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.	
En spuscrivant une liceno	e, le reconnais qu	e la FFBB, ses ograni	e de licence souhaité unes déconcentrés et les clubs p	FAIT LE A		
amenés à capter et utilise l'occasion de manifestati	er mon image dan ons sportives à de	s le cadre de la prom s fins non-commercia	ation et du développement du l sies.	laskettull, ä	Signature du licencié :	
1 ^{hv} famil	le*	2 ^{nde} famille (optionselle)	Catégorie	Niveau de jeu*		
Output Compétition + O	PTION 3x3	Technicien Officiel Dirigeant	U Senior		SURCLASSEMENT (ne nécessitant pos un imprimé spécifique) M/Mme pout pratiquer le Basketball Bans la catégorie immédiatement supérieure dans le respect de la règlementation en vigueur au sein de la FFBB. HAIT LE A Signature du médecin : Tampon : Dopage (joueur mineur uniquement) :	
Dirigeant			☐Accompagnateur ☐Salarié		Par la présente, je soussigné(e) représentant(e) légal(e) de pour lequel une licence est sollicitée à la FFBB:	
championnat de France ou qualificatif ou championnat de France) If atteste par la présente avoir rempli et signé la charte d'engagement afin d'évoluer en : Championnat de France Championnat Qualificatif au Championnat de France					AUTORSE 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. Le reconnais avoir pris connaissance qu'un refus de se soumettre à un contrôle est susceptible d'entrainer des sanctions disciplinaires. Signature obligatoire du réprésentant légal:	
INFORMATION ASSURANCES :						
at SOUISIGNE(S), le licencié ou son représentant légs, NOM: (Cocher chaligeatoirement les coses correspondant à vos choix) Prictorie						
solidarité, à défaut par p	En l'absence de stipulation expresse contraire de l'assuré, le capital décès est versé au corjoint non divencé, non séparé de corps par juquement, à défaut au concubie notaire ou au partenaire léé à l'assuré par un pacte civil de suidantel, à défaut par parte égains aux enfants nés ou à native, à défaut aux héritien légaux.					
STUDES LES DEMANDES D'ADMÉSIONS DUMENT COMPLÉTÉS. DATÉS. SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT COMPSENDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSURGUR						
Van dies schane que us controls à sanchier per une controls controls à sanchier per une control, montifique sur et formation, font l'algé d'un research, dispet et se control de la septe de la sequencialité de la 1988, et de control de la sette de la sequencialité de la 1988, et de la sequencia del						

A remplir par le médecin UNIQUEMENT pour les créations de licences ou pour ceux qui ont cochés oui à l'une des questions sur le questionnaire de santé

> A remplir par le licencié

A remplir par le médecin pour jouer dans la catégorie supérieure
Attention : cf le tableau des sruclassements