



SAISON 2018 – 2019

CATEGORIE	AGE	ANNEE	PRIX
U7	5/6 ANS	2013/2012	80,00
U9	7/8 ANS	2011/2010	100,00
U11	9/10 ANS	2009/2008	100,00
U13	11/12 ANS	2007/2006	115,00
U15	13/14 ANS	2005/2004	120,00
U17 G	15/16 ANS	2003/2002	125,00
U18 F	15/16/17ANS	2003/2002/2001	125,00
U20 G	17/18/19 ANS	2001/2000/1999	125,00
SENIORS F	18ANS et +	2000 et avant	125,00
SENIORS G	20ANS et +	1998 et avant	125,00
LOISIRS	20 ANS et +	1998 et avant	125,00

L'assurance avec l'option A est comprise dans la licence, pour l'option B la somme de 5,80 euros sera demandée.

GYMNASE : 1, chemin de la Pimpie 26120 MONTELIER -
Pour nous joindre contactez :

La secrétaire : Brigitte CRESPIY: 06.31.93.01.82

Le Président : COUBLE Thierry : 06.60.35.95.56

Mail : basketmontelier@yahoo.fr

Site : www.bcmontelier.fr

Le club demande que chaque enfant à partir de la catégorie U13 soit SURCLASSE.
En faire la demande auprès de votre médecin avec la demande de licence.



Demande d'inscription 2018 - 2019.

Sur la même feuille vous trouverez :

- La demande de licence Le sur-classement
- Le certificat médical est valable **3 saisons consécutives** sauf si vous avez répondu 1 oui au questionnaire santé.

Fournir **impérativement toutes les pièces demandées** :

- La demande de licence dûment remplie (sur-classement tamponnés et signés par le médecin)
- la feuille « Mon engagement » dûment remplie.
- 1 enveloppe timbrée par famille à l'adresse de la famille
- Un chèque de caution de 50 euros
- Le règlement de la licence dans sa totalité, selon la catégorie, **même les ayants droits au Pass'Région** (autre chèque mis en attente).
- Une photo d'identité avec le nom inscrit au dos.
- Une copie de justificatif d'identité pour les joueurs nés en 2000 ou les créations de licences pour les majeurs.**
 - ✓ Le dossier d'inscription complet est à remettre à votre coach.

Concernant le paiement des licences :

- Possibilité de payer en 2 fois, le second chèque sera encaissé à une date à votre convenance et au plus tard le 31/12/2018.
- Tarif préférentiel à partir de 2 enfants inscrits : 10 euros de réduction sur la 2ème licence.
- Nous acceptons le PassRégion, les bons CAF, les chèques vacances et les coupons sports.



2018-2019

MON ENGAGEMENT

Je prends une licence DONC j'ai pris connaissance du règlement intérieur du club et je m'engage :

- A jouer dans ma catégorie sauf accord du coach de mon équipe**
- A respecter les décisions de l'arbitre
- A suivre les instructions du coach de mon équipe
- A faire les matchs le week-end
- A aider mon club dès les U13 ; donc : tenir la table, le chrono le samedi après midi ou le dimanche matin selon les besoins. Voir tableau **Planning matchs à domicile** au gymnase.
- Les joueurs qui arbitreront seront récompensés.

DECHARGE DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné (e) :

Demeurant adresse complète :

Code postal :ville :

Téléphone portable ou fixe :courriel :

Parent de (pour le joueur mineur)

Accepte OUI

NON

Barrer la mention inutile

Que l'image de mon enfant ou la mienne en situation de match ou tournoi puisse apparaître et être diffusée sur le site internet du club ou calendriers annuel, sous l'autorité du président du BASKET CLUB DE MONTELIER

Fait à le

Signature de l'intéressé

Avec mention « lu et approuvé »

**DEMANDE DE LICENCE 5x5:****Création****Renouvellement****Mutation****Comité Départemental :****N° Affiliation du Club :****Nom du Club :****IDENTITE**

N° de licence *(si déjà licencié) :

NOM* : SEXE* : F : M

PRENOM* : TAILLE(1) : CM

DATE DE NAISSANCE* :

NATIONALITE*(majeurs uniquement) :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE* :

TELEPHONE DOMICILE : PORTABLE :

E-MAIL* :

 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 :Tampon et signature du
Président du club :

(1) Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection.

*Mentions obligatoires

CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin)

Je soussigné, Docteur certifie avoir examiné M / Mme et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes 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 :

Tampon :

*Rayer la mention inutile

ATTESTATION QUESTIONNAIRE MEDICAL (à remplir par le licencié)

J'atteste 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.

FAIT LE / / A

Signature du licencié :

PRATIQUE SPORTIVE BASKET 5x5 (type de licence souhaitée) :

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.

1 ^{ère} famille*	2 ^{nde} famille (optionnelle)	Catégorie	Niveau de jeu*
Joueur <input type="checkbox"/> Compétition +OPTION 3x3 <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Entreprise	Technicien Officiel Dirigeant	<input type="checkbox"/> U..... <input type="checkbox"/> Senior
<input type="checkbox"/> Technicien		<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat	
<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"/> Elu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Salarié	

***CHARTRE D'ENGAGEMENT (à remplir par le licencié souhaitant évoluer en championnat de France ou qualificatif au championnat de France)** J'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

SURCLASSEMENT (ne nécessitant pas un imprimé spécifique)

M/Mme peut pratiquer le Basketball dans la catégorie immédiatement supérieure dans le respect de la réglementation en vigueur au sein de la FFBB.

FAIT LE / / A

Signature du médecin :

Tampon :

Dopage (joueur mineur uniquement) :

Par la présente, je soussigné(e) représentant(e) légal(e) de pour lequel une licence est sollicitée 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 qu'un refus de se soumettre à un contrôle est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

Signature obligatoire du
représentant légal :**INFORMATION ASSURANCES :***(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° 2159 / Mutuelle des Sportifs-MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité Civile (Contrat n° 4100116P / MAIF) ci-annexées et consultables 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. Souhaite souscrire à l'une des options Individuelle Accident et coche la case correspondant à l'option choisie :

- 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 € TTC (= A+).
- Option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option B, soit un total de 9,13 € TTC (= B+).

 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 ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR

Vous êtes informé que vos données à caractère personnel, recueillies sur ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique sous la responsabilité de la FFBB, et ce aux fins, suivant votre qualité (licencié, médecin ou représentant légal d'un mineur), de gérer les souscriptions de licences, de vous adresser de la prospection commerciale, de vérifier l'aptitude physique (absence de contre-indication médicale) et les autorisations de contrôle antidopage, ainsi que de gérer les souscriptions d'assurances. Les champs marqués d'un astérisque [*] ont un caractère obligatoire. Conformément à la réglementation, vous bénéficiez d'un droit, d'accès d'opposition, de rectification et de suppression ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort des données personnelles après la mort. Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que d'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis visés par le règlement européen n°2016/679 (RGPD).

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.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<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"/>
A ce jour		
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 attestez, 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.