



DEMANDE DE LICENCE :  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\* : .....

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

Sexe :  F  M

Date de naissance\* ...../...../..... Lieu de Naissance\* : .....

Pays (\*si étranger) : .....

Nationalité\* (majeurs uniquement) : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville\* : .....

Téléphone Domicile : ..... Portable : .....

Email\* : .....

**CERTIFICAT MEDICAL** (à remplir par le médecin - \*Rayer la mention inutile)

Au regard de la situation sanitaire sur le territoire français, la production d'un certificat médical pour la pratique de la discipline du Basketball ou du sport en compétition est obligatoire pour la saison 2020/2021 tant pour les nouveaux licenciés que pour les renouvellements de licences.

**Pour être recevable le certificat médical doit être établi à compter du 28 mai 2020.**

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 basket en compétition ou du sport en compétition\*

- la pratique du basket ou du sport\*.

FAIT LE ...../...../..... A .....

Signature du médecin : ..... Cachet : .....

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

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 : ..... Cachet : .....

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

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 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)

Etre Adhérent

Exercer une fonction

Pratiquer le Basket :

Dirigeant

Joueur Compétition (5x5, 3x3 et Mini Basket)

Officiel

Joueur Loisir (5x5 et 3x3)

Technicien

VxE

Joueur Entreprise (5x5 et 3x3)

**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 chartre 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° 2159 / Mutuelle des Sportifs-MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité Civile (Contrat n° 4100116P / MAIF) ci-annexées et consultables sur [www.ffbb.com](http://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.(1)

Option B, au prix de 8,63 euros TTC.(1)

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+).

(1) Aucune cotisation à acquitter au titre des Options A et B dans le cadre de la pratique du VxE.

Ne souhaite pas souscrire aux garanties individuelles complémentaires 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'ADHÉSIONS DUMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR**

**ENGAGEMENT :**

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 on 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.

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 COVID 19 (QC19)

### A l'attention de votre médecin

**Ce questionnaire permet de connaître votre situation sanitaire par rapport au COVID 19**

---

Cher Confrère,

En raison de la Pandémie de COVID 19, la FFBB demande à ses licenciés, entraîneurs et officiels de présenter pour la saison 2020-2021 un certificat d'absence de contre indication (CACI) à la pratique du basket ou du sport en compétition, ainsi qu'un questionnaire COVID 19 (QC19) dont l'exactitude des réponses devra être certifiée sur l'honneur.

Devant toute anomalie clinique découverte lors de votre examen clinique, vous avez toute latitude à demander des examens complémentaires, notamment cardiologiques.

En cette période compliquée, sur le plan sanitaire, la Commission Médicale Fédérale vous remercie de votre précieuse collaboration.

Confraternellement votre,

Docteur Bernard DANDEL

Président Commission Médicale de la FFBB

---

**QC 19 :** *(Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié)*

- 1) Avez-vous été victime du COVID 19 ?
- 2) Avez-vous été en contact avec une personne victime du COVID 19 ?
- 3) Avez-vous eu l'occasion d'être testé pour le COVID 19 ?
- 4) Avez-vous ou avez-vous eu de la fièvre > ou = à 38° ?
- 5) Avez-vous ou avez-vous eu un essoufflement anormal ?
- 6) Avez-vous ou avez-vous eu une toux sèche ?
- 7) Avez-vous ou avez-vous eu des douleurs thoraciques ?
- 8) Avez-vous ou avez-vous eu des palpitations ?
- 9) Avez-vous ou avez-vous eu une perte du goût ou de l'odorat ?
- 10) Avez-vous ou avez-vous eu une fatigue anormale ?

**Ce questionnaire (QC 19) est exclusivement à destination de votre médecin, il doit rester en sa possession.**

**Il n'a pas vocation à être communiqué à la FFBB  
(ni aux Ligues, Comités et Clubs).**