



AMOU BONNEGARDE NASSIET

Cher(e) licencié(e),

Voici ton dossier de demande ou renouvellement de licence. Il comprend :

- L'imprimé de **DEMANDE DE LICENCE** pour la saison 2017/2018 :
 - Compléter, dater et signer la partie « **Identité** » et la partie « **Assurance** ».
 - **Assurance** : Le club prend en charge l'option A. Si vous souhaitez l'option B ou C, la différence est à votre charge (le préciser lors de l'inscription).
Vous pouvez consulter les modalités de l'assurance sur le site.
 - Pour la partie « **Médicale** » (certificat médical, attestation questionnaire médical), lire attentivement la note ci-jointe
 - Pour les « **surclassements** » : certificat médical obligatoire (imprimé spécifique pour les cadets 1^{ère} année et les juniors : voir avec Thomas).

- Une **AUTORISATION PARENTALE** pour les licenciés mineurs
- Copie de la **CARTE D'IDENTITE** pour les nouveaux licenciés
- Fournir une **PHOTO D'IDENTITÉ RÉCENTE** : 1 par joueur
- L'**APPEL A COTISATION** et paiement de l'abonnement **LBM**
- Le **QUESTIONNAIRE MEDICAL** que vous conservez

VOUS DEVEZ REMETTRE LE **DOSSIER COMPLET** à :
Thomas, Sylvie ou Karine

AVANT LE 25 JUILLET 2017.

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ.

Les demandes de licences doivent être transmises au Comité des Landes le 1^{er} Août.

Bonnes vacances.

Pour toute information

Dates de reprise des entraînements, calendriers, circulaires, résultats ...),

Consultez : www.abn.lebasket.net



Précision sur l'utilisation et la validité des certificats médicaux

Destinataires : Liges et Comités

Nombre de pièces jointes : 0

Information

Diffusion vers : Clubs

Echéance de réponse :

Ce qu'il faut retenir :

- Le certificat médical est valable 3 saisons sportives consécutives (sous réserve des réponses apportées au questionnaire médical).
- Tous les certificats médicaux produits après le 1^{er} juin 2016 pourront être utilisés pour la reprise d'une licence pour la saison 2017/2018 (sous réserve des réponses apportées au questionnaire médical).

Utilisation et validité des certificats médicaux

- ✓ Dans le cadre d'un renouvellement (reprise d'une licence FFBB, d'une saison à l'autre, que celle-ci soit effectuée au sein du même club ou dans le cadre d'une mutation pour le compte d'un autre club), si le certificat médical utilisé par le licencié pour se licencier pour la saison 2016/2017, a été produit après le 1^{er} juin 2016 et que le licencié répond, pour la saison 2017/2018, par la négative à l'ensemble des questions du questionnaire de santé, alors la production d'un nouveau certificat médical ne sera pas nécessaire.
- ✓ Le certificat médical devra être transmis comme suit :

	Saison 2016/2017	Saison 2017/2018
Création de licence	Demande de licence + Certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport ou du basket-ball datant de moins de 1 an	Demande de licence + Certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport ou du basket-ball datant de moins de 1 an
Renouvellement de licence	Demande de licence + Certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport ou du basket-ball datant de moins de 1 an	Demande de licence + Questionnaire de santé (conservé par le licencié ou son club) Pour renouveler sa licence, le sportif ou son représentant légal attesté avoir répondu par la négative à toutes les rubriques du questionnaire de santé. Une seule réponse positive dans l'une des rubriques entrainera la nécessité de présenter un nouveau certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport.
Durée de validité	Certificat médical valable 3 saisons sportives consécutives pour les licences qui ouvrent droit aux compétitions et pour les licenciés loisirs	

Surclassements

En dépit des modifications liées au certificat médical et à l'imprimé de demande de licence, l'article 427 des Règlements Généraux régissant les surclassements n'a pas été modifié.

Un surclassement n'est valable que pour une seule saison sportive.

Dès lors, un licencié surclassé l'année N ne sera pas automatiquement surclassé pour l'année N+1, bien que son certificat médical soit encore en cours de validité.

Le licencié surclassé la saison N devra obligatoirement remplir l'encart « *surclassement* » se trouvant sur le formulaire de licence, qu'il ait répondu par l'affirmative ou la négative au questionnaire médical, s'il souhaite obtenir un nouveau surclassement pour l'année N+1. Cet encart doit être uniquement rempli par le médecin compétent.

A titre d'exemple :

Cas n°01 :

Un licencié surclassé (ou non) la saison N dont le CM est toujours valable, qui renouvelle ou qui mute, et qui souhaite (de nouveau) obtenir un surclassement pour la saison N+1 devra fournir les éléments comme suit :

Saison N	Saison N+1
Demande de licence + Certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport ou du basket-ball datant de moins de 1 an + Surclassement (si surclassé)	Demande de licence + Signature attestation Questionnaire de santé + Nouveau surclassement

Cas n°02 :

Un licencié surclassé (ou non) la saison N, qui renouvelle ou qui mute, qui a répondu OUI à l'une des questions du questionnaire de santé, et qui souhaite (de nouveau) obtenir un surclassement pour la saison N+1 devra fournir les éléments comme suit :

Saison N	Saison N+1
Demande de licence + Certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport ou du basket-ball datant de moins de 1 an + Surclassement (si surclassé)	Demande de licence + Nouveau Certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport ou du basket-ball + Nouveau surclassement

15/06/2017

Mail : asambonix@ffbb.com

Tél. : 01.53.94.25.40

Rédacteur	Vérificateur	Approbateur
Aldric SAINT-PRIX Chargé de missions, Affaires Juridiques Générales	Stéphanie PIOGER Vice-présidente	Thierry BALESTRIERE Secrétaire Général
Référence		2017-06-16 6 Précisions Certificats Médicaux VFIN

AUTORISATION PARENTALE 2017/2018

Pour les jeunes de mini poussins à cadets

NOM du **JOUEUR** :
Prénom :
Date de naissance : / /
Adresse :
.....
N° de téléphone :
N° portable :
e-mail :
Personne à prévenir en cas d'urgence (nom et n° de tél.) :
.....

CONCERNANT LE TRANSPORT SUR LE LIEU DE COMPETITION

Je soussigné....., **responsable légal** de
..... **atteste sur l'honneur ne pas engager la responsabilité du conducteur**, régulièrement assuré, en cas d'accident et de dommages causés à mon enfant, lors d'un déplacement sur le lieu de compétition, sauf dans une situation où le conducteur a commis une infraction au code de la route mettant la sécurité des passagers et d'autrui en jeu.

CONCERNANT LE DROIT D'IMAGE

Je soussigné....., **responsable légal** de
..... **autorise - n'autorise pas** (1) les responsables d'Amou Bonnegarde Nassiet à filmer et/ou photographier mon enfant et à publier, exposer ou diffuser ces images sur tout type de support (calendrier, site Internet, article de presse, ...).

CONCERNANT D'EVENTUELS SOINS D'URGENCE

Je soussigné....., **responsable légal** de
....., né(e) le **autorise - n'autorise pas** (1) les responsables d'Amou Bonnegarde Nassiet à appeler les secours et/ou à faire soigner mon enfant par un médecin ou par un service hospitalier si le besoin s'en fait ressentir au cours d'un déplacement, d'un match ou d'un entraînement, en cas d'urgence et si le responsable de l'équipe n'arrive pas à me joindre par téléphone.

Signature du responsable légal :

Fait à, le / /

(1) rayer la mention inutile.

Personne à prévenir en cas d'urgence (nom et n° de tél.) :
.....

Signature

Un document par famille

REGLEMENT INTERIEUR & APPEL A COTISATION

Agrafer le chèque à ce document

NOM : _____
Prénom du Licencié n°1 : _____
Prénom du Licencié n°2 : _____
Prénom du Licencié n°3 : _____
Prénom du Licencié n°4 : _____

Coller ici une photo d'identité récente Licencié n°1	Coller ici une photo d'identité récente Licencié n°2
Coller ici une photo d'identité récente Licencié n°3	Coller ici une photo d'identité récente Licencié n°4

Je reconnais avoir pris connaissance du **règlement intérieur** et m'engage à le respecter tout au long de la saison 2017/2018.

Fait à, le

Signature

NB : Toute faute technique ou disqualifiante sera amendée de 30 € et d'un chèque de caution de 90 €.

Catégories

- | | | |
|--|------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Senior (1997 et avant) | 80 € | |
| <input type="checkbox"/> Junior U20 (1998 – 1999 – 2000) | 73 € | |
| <input type="checkbox"/> Cadet U17 (2011 - 2002) | 73 € | |
| <input type="checkbox"/> Minime U15 (2003 - 2004) | 65 € | |
| <input type="checkbox"/> Benjamin U13 (2005 - 2006) | 60 € | |
| <input type="checkbox"/> Poussin U11 (2007 – 2008) | 55 € | |
| <input type="checkbox"/> Mini Poussin U9 (2009 – 2010) | 45 € | |
| <input type="checkbox"/> Baby basket U7 (2011 – 2012) et Pitchouns (2013 et +) | 35 € | |
| <input type="checkbox"/> Dirigeant, Non joueur et Arbitre | 35 € | |
| <input type="checkbox"/> OTM | 35 € | remboursé |
| <input type="checkbox"/> Membre loto et membre actif | 25 € | |
| <input type="checkbox"/> LBM | 18 € | |

Paiement en espèce ou par chèque à l'ordre de « Amou Bonnegarde Nassiet »

Souhaitez-vous une attestation de paiement ? Oui Non

Facilités de paiement acceptées

Vous pouvez régler les cotisations en plusieurs chèques. Précisez les dates d'encaissement au dos des chèques.

Montant total des cotisations de la Famille	Paiement en	Date d'encaissement des chèques
€	<input type="checkbox"/> 2 fois	1 ^{er} versement à la remise du dossier + 2 ^{ème} versement le/.../2017
	<input type="checkbox"/> 3 fois	1 ^{er} versement à la remise du dossier + 2 ^{ème} versement le/.../2017 + 3 ^{ème} versement le/.../.....
	<input type="checkbox"/> 5 fois	1 ^{er} versement à la remise du dossier + 2 ^{ème} versement le .../.../2017 + 3 ^{ème} versement le/.../2017 + 4 ^{ème} versement le/.../..... + 5 ^{ème} versement le/.../.....



QUESTIONNAIRE DE SANTE

(Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive)

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. DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<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"/>

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

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.

*** Le Questionnaire de santé est à conserver par le licencié (ou le club).**



DEMANDE DE LICENCE: Création Renouvellement

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* :

Je refuse l'utilisation, par la FFBB, ses organismes déconcentrés et ses partenaires, de mes données personnelles à des fins non commerciales.
 Je n'autorise pas la FFBB et ses partenaires à m'envoyer, par courrier ou par email, des offres commerciales.

FAIT LE :

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Signature obligatoire du licencié 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 / Melle 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 (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 ^{ème} famille (optionnelle)	Catégorie	Niveau de jeu*
<input type="checkbox"/> Joueur		<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 3x3		<input type="checkbox"/> Senior	
<input type="checkbox"/> Loisir	<input type="checkbox"/> Technicien		
<input type="checkbox"/> Entreprise	<input type="checkbox"/> Officiel	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral	
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Dirigeant	<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"/> Dirigeant		<input type="checkbox"/> Observateur <input type="checkbox"/> Statisticien	
		<input type="checkbox"/> Bu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Salarié	

SURCLASSEMENT (ne nécessitant pas un imprimé spécifique)

M/Mme/Melle 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 :

***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

*Mentions obligatoires

Dopage (joueur mineur uniquement) :

Par la présente, je soussigné(e) représentant légal de pour lequel une licence est sollicitée à la FFBB, autorise 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 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 Sports-MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité Civil (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 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 (= 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