



AMOU BONNEGARDE NASSIET

Cher(e) licencié(e),

Voici ton dossier de renouvellement de licence à remettre **COMPLET** à Karine Lapos ou Alain Lubet **avant LE 18 JUILLET 2014.**

Il comprend :

- L'imprimé de **CREATION** ou de **RENOUVELLEMENT DE LICENCE** pour la saison 2014/2015 :
 - Compléter et **signer** la partie « **Demande de licence** ».
 - Le médecin complètera
 - la partie « **certificat médical** »
 - la partie « **surclassement** » (voir tableau page 3).
 - **Assurance** : dater et signer. Le club prend en charge l'option A à 3,70 €. Si vous souhaitez l'option B à 9,50 € (indemnités journalières, voir conditions sur le site de la FFBB), la différence de 5,80 € est à votre charge (le préciser lors de l'inscription).

- Une **AUTORISATION PARENTALE** pour les licenciés mineurs

- L'**APPEL A COTISATION** et paiement de l'abonnement **LBM**

- Fournir une **PHOTO D'IDENTITÉ RÉCENTE** : **1 par joueur**

- Joindre une copie de la **CARTE d'IDENTITE**
pour les nouveaux licenciés
pour tous les jeunes nés en 1997

- Le **RÈGLEMENT INTÉRIEUR** de l'association pour la saison 2014/2015 sera consultable sur le site du club à l'issue de l'assemblée générale. Les membres du club devront lire et approuver ce règlement.

Des bons de réduction pour l'achat de chaussures et autres équipements liés au basket seront à ta disposition ; ils sont distribués lors de l'AG ou lors des stages ou en début de saison lors des entraînements. N'hésite pas à demander les bons.

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ.

Bonnes vacances.

Pour toute information

(dates des stages et de reprise des entraînements, calendriers, circulaires, résultats ...),

consultez notre site : www.abn.lebasket.net



DEMANDE DE LICENCE

Création Renouvellement Mutation

Comité Départemental de : **LANDES**
Nom du groupement sportif : **AMOU BONNEGARDE NASSIET**

N° club : **0340002**

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
ou de son représentant légal : _____

Tampon et signature
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 M / Mme / Melle
.....
et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre-
indiquant la pratique du Basketball en compétition.

A Le ____/____/____

Signature du Médecin : _____ Cachet : _____

Surclassement
(ne nécessitant pas un imprimé spécifique)

Mr / Mme / Melle :
peut pratiquer le Basketball 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 (Iseul choix possible)	2 ^{ème} famille optionnelle (Iseul choix possible)	Catégorie	Niveau d'intervention
<input type="checkbox"/> Joueur - <input type="checkbox"/> Compétition - <input type="checkbox"/> Loisir - <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"/> 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"/> Championnat de France
<input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Elu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Pro A Pro B Esp Pro A LFB

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 Qualifications 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) : _____ « 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

Cochez la case si vous ne souhaitez pas que vos données personnelles soient utilisées à des fins commerciales / communiquées à des tiers. Droit de rectification : loi informatique et liberté (N°7817 du 06/01/78) : le licencié peut demander communication et rectification de toute information le concernant. Le droit d'accès et de rectification peut s'exercer au siège de la FFBB.

SURCLASSEMENT

Demande à ton médecin de compléter la partie « Surclassement » si tu es né en

- 1995
- 1996
- 1997
- 1998
- 1999
- 2000
- 2001
- 2002
- 2003
- 2004
- 2006

	DEMANDE DE LICENCE <input type="checkbox"/> Création <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Mutation																																																				
Comité Départemental de : <u>LANDES</u> Nom du groupement sportif : <u>AMOU BONNEGARDE NASSIET</u> N° club : <u>0340002</u>																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2">N° de licence (si déjà licencié) : _____</td></tr> <tr><td colspan="2">NOM* : _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Nom de jeune fille : _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Prénom : _____</td></tr> <tr><td>Date de naissance : _____</td><td>Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Nationalité : _____</td><td>Taille : _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Adresse : _____</td></tr> <tr><td>Code postal : _____</td><td>Ville : _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Téléphone fixe : _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Téléphone portable : _____</td></tr> <tr><td colspan="2">E.mail : _____</td></tr> <tr><td colspan="2">Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus.</td></tr> <tr><td colspan="2">Date ____/____/____</td></tr> <tr><td>Signature obligatoire du licencié ou de son représentant légal :</td><td>Tampon et signature du Président du club :</td></tr> <tr><td colspan="2">* Ou nom d'usage</td></tr> </table>	N° de licence (si déjà licencié) : _____		NOM* : _____		Nom de jeune fille : _____		Prénom : _____		Date de naissance : _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	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 ou de son représentant légal :	Tampon et signature du Président du club :	* Ou nom d'usage		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">Certificat annuel de non-contre indication à la pratique du Basketball en compétition</td></tr> <tr><td colspan="2">Je soussigné, Docteur _____</td></tr> <tr><td colspan="2">certifie avoir examiné M / Mme / Melle _____</td></tr> <tr><td colspan="2">et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre-indiquant la pratique du Basket-ball en compétition.</td></tr> <tr><td>A _____</td><td>Le ____/____/____</td></tr> <tr><td>Signature du Médecin : _____</td><td>Cachet : _____</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">Surclassement (ne nécessitant pas un imprimé spécifique)</td></tr> <tr><td colspan="2">Mr / Mme / Melle : _____</td></tr> <tr><td colspan="2">peut pratiquer le Basketball dans la catégorie immédiatement supérieure dans le respect de la réglementation en vigueur au sein de la FFBB.</td></tr> <tr><td>A _____</td><td>Le ____/____/____</td></tr> <tr><td>Signature du Médecin : _____</td><td>Cachet : _____</td></tr> </table>	Certificat annuel de non-contre indication à la pratique du Basketball en compétition		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 Basket-ball en compétition .		A _____	Le ____/____/____	Signature du Médecin : _____	Cachet : _____	Surclassement (ne nécessitant pas un imprimé spécifique)		Mr / Mme / Melle : _____		peut pratiquer le Basketball dans la catégorie immédiatement supérieure dans le respect de la réglementation en vigueur au sein de la FFBB.		A _____	Le ____/____/____	Signature du Médecin : _____	Cachet : _____
N° de licence (si déjà licencié) : _____																																																					
NOM* : _____																																																					
Nom de jeune fille : _____																																																					
Prénom : _____																																																					
Date de naissance : _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>																																																				
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 ou de son représentant légal :	Tampon et signature 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 M / 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 Basketball dans la catégorie immédiatement supérieure dans le respect de la réglementation en vigueur au sein de la FFBB.																																																					
A _____	Le ____/____/____																																																				
Signature du Médecin : _____	Cachet : _____																																																				

NB :

- les enfants nés en 2005, en 2007 ou avant ne sont pas surclassés.
- Certains surclassements nécessitent une visite médicale par un médecin agréé (ex : cadet pour jouer en senior) : au cas par cas, nous donnerons des imprimés spécifiques que le médecin complètera lors d'une visite médicale sur rendez-vous.

AUTORISATION PARENTALE 2014/2015

Pour les jeunes de mini poussins à juniors

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 2014/2015.

Fait à, le

Signature

Catégories

- | | |
|--|------|
| <input type="checkbox"/> Senior (1994 et avant) | 72 € |
| <input type="checkbox"/> Junior U20 (1995) U19 (1996) U18 (1997) | 67 € |
| <input type="checkbox"/> Cadet U17 (1998) U16 (1999) | 62 € |
| <input type="checkbox"/> Minime U15 (2000) U14 (2001) | 55 € |
| <input type="checkbox"/> Benjamin U13 (2002) U12 (2003) | 50 € |
| <input type="checkbox"/> Poussin U11 (2004) U10 (2005) | 45 € |
| <input type="checkbox"/> Mini Poussin U9 (2006) U8 (2007) | 40 € |
| <input type="checkbox"/> Baby basket U7 (nés en 2008 ou après) | 40 € |
| <input type="checkbox"/> Dirigeant, Non joueur et Arbitre | 48 € |
| <input type="checkbox"/> 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 .../.../2014
	<input type="checkbox"/> 3 fois	1 ^{er} versement à la remise du dossier + 2 ^{ème} versement le .../.../2014 + 3 ^{ème} versement le .../.../.....
	<input type="checkbox"/> 5 fois	1 ^{er} versement à la remise du dossier + 2 ^{ème} versement le .../.../2014 + 3 ^{ème} versement le .../.../2014 + 4 ^{ème} versement le .../.../..... + 5 ^{ème} versement le .../.../.....