



OSTREVENT BASKET-BALL



EMERCHICOURT – ANICHE – AUBERCHICOURT – MONCHECOURT

Le moment est venu de renouveler votre licence ou de vous inscrire au sein de notre association.
Vous pouvez consulter les conditions de l'assurance, en le demandant à Mme SZOSTAK Florence (06 61 41 98 42).

Attention, nouvelle formule : si vous remplissez le questionnaire de santé, la visite chez le médecin n'est pas obligatoire
Voir le ~~4~~ feuillet.
Seuls les joueurs qui seront surclassés devront aller chez leur médecin de famille (voir les responsables d'équipe)

Pour le règlement de votre cotisation, des modalités peuvent être envisagées, voir imprimé joint.

INFO : MUTATIONS

Concernant la période normale des mutations, joueur, joueuse désirant quitter notre association et fixée du 1er au 30 Juin inclus (mutation libre).

Passé ce délai, aucune mutation ne sera accordée par le club sauf motif présentant un caractère exceptionnel et étant un obstacle à la pratique du basket-ball dans le club :

- Déménagement à plus de 50 km du club.
- Situation nouvelle du groupement sportif notamment par suite de forfait ou dissolution.

Votre dossier est à remettre aux responsables d'équipe ou chez :
Mr DELACROIX Florent, 28 rue A DUMONT à EMERCHICOURT.

Date limite : le 30 juin

(réduction de 10€ si rendu avant cette date, sauf pour catégorie BABY et accompagnateur)

Une permanence se fera le samedi 2 juin de 10h30 à 18h30 salle des sports d'Auberchicourt
JOURNEE GENERATION OSTREVENT suivie de l'Assemblée Générale du club

Des frais supplémentaires ont été imputés au club pour licence manquante (catégorie seniors), seuls les joueurs détenteurs de leur licence participeront aux rencontres de championnats (aucune dérogation ne sera acceptée).

Le Président.
Florent DELACROIX.

COTISATIONS 2018 2019

SENIORS - JUNIORS	115 €	(date naissance ≤ 2001)
CADETS – CADETTES	105 €	(dates naissance : <u>2002</u> 2003)
MINIMES	100 €	(dates naissance : <u>2004</u> 2005)
BENJAMINS – BENJAMINES	95 €	(dates naissance : <u>2006</u> 2007)
POUSSINS- POUSSINES	90 €	(dates naissance : <u>2008</u> 2009)
BABY-BASKET	43 €	(dates naissance : <u>2010</u> 2011 2012 2013)
ACCOMPAGNATEUR	33 €	

Si 2 licenciés (es) ou + de la même famille (parents – enfants), remise de 10%

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

N° de licence *(si déjà licencié) :

NOM* :

PRENOM* :

DATE DE NAISSANCE* :

NATIONALITE*(majeurs uniquement) :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

TELEPHONE DOMICILE :

E-MAIL* :

SEXE* : F : M TAILLE(1) : CM

VILLE* :

PORTABLE :

 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 :

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 :

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 ^{ème} 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		<input type="checkbox"/> U..... <input type="checkbox"/> Senior	
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat <input type="checkbox"/> Arbitre <input type="checkbox"/> OTM <input type="checkbox"/> Commissaire <input type="checkbox"/> Observateur <input type="checkbox"/> Statisticien	
<input type="checkbox"/> Officiel		<input type="checkbox"/> Elu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Salarié	
<input type="checkbox"/> Dirigeant			

***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**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-ballFait 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 notaire 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).



OSTREVENT BASKET-BALL



EMERCHICOURT – ANICHE – AUBERCHICOURT – MONCHECOURT

COTISATION

Le règlement de votre cotisation peut s'effectuer de diverses façons :

- Règlement unique ou échelonné, selon vos possibilités
Le tout est de nous le signaler sur cet imprimé
(ex : plusieurs chèques avec les dates de retrait....)

DATE LIMITE DE REGLEMENT DE LA TOTALITE DE LA COTISATION le 30/11/2018

La trésorière vous remettra un reçu, dès la cotisation réglée dans sa totalité.

Le président.
DELACROIX Florent

Je, soussigné,(nom prénom du représentant légal)

De :(nom prénom joueur ou joueuse)

Règle la cotisation :€

Par chèque En liquide

Règlement unique

Règlement échelonné :

Préciser les dates de retrait, ainsi que sur les chèques.

Signature.

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 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"/>
<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.