



Comité départemental de : L'AVEYRON.....

Groupement sportif :

N°

DEMANDE DE LICENCE

N° de licence :

NOM :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Nationalité : Sexe :

Adresse :

.....

Code postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Sollicite une **MUTATION**, le **RENOUVELLEMENT** (1) de ma licence pour le club ci-dessus désigné.

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus et déclare expressément avoir connaissance de la reconduction tacite de mon option d'assurance « Individuelle Accident » telle que souscrite par mes soins initialement. Je reconnais par ailleurs avoir été clairement informé(e) des garanties d'assurance proposées et de ma possibilité de demander la modification de cette option.

A : le :

Signature obligatoire du licencié
ou du tuteur légal

Tampon du club et signature
du Président (obligatoires)

Certificat annuel de non-contre indication à la pratique du Basketball en compétition.

Je soussigné, Docteur.....

certifie avoir examiné

Mr/Mme/Melle :

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

Taille :

A : le :

Cachet

Signature du Médecin :

Non joueur

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 :

Cachet

Signature du Médecin :

Réservé au CD

Qualifié le :

Tampon CD

Type de licence :