



Comité départemental de : **L'AVEYRON**

Groupe 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 création, 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.

A : le :

Signature obligatoire du licencié
ou du tuteur légal

Tampon du club et signature
du Président (obligatoires)

**facultatif*

(1) rayer les mentions inutiles

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.

Taille :

A : le :

Cachet

Signature du Médecin :

Non joueur ☐ ☒

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.

A : le :

Cachet

Signature du Médecin :

Réservé au CD

Qualifié le :

Tampon CD

Type de licence :

DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT D'ASSURANCES AIG EUROPE N° 4.088.444 «FEDERATION FRANCAISE DE BASKETBALL»

JE SOUSSIGNE, NOM : PRENOM :

DECLARE choisir

A ☐ ☒ L'OPTION A 2,30 € (15 FF)

B ☐ ☒ L'OPTION B 2,60 € (17 FF)

C ☐ ☒ L'OPTION A + complémentaire 6,11 € (40 FF)

D ☐ ☒ L'OPTION B + complémentaire 6,41 € (42 FF)

Clause bénéficiaire :

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. JE DECLARE avoir pris connaissance de l'extrait des Conditions Générales valant notice d'information conformément à l'article L.140-4 du Code des Assurances, joint au présent document.

SEULES LES DEMANDES D'ADHESIONS DUMENT COMPLETEES, DATEES, SIGNEES ET ACCOMPAGNEES DU REGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR LA COMPAGNIE.

Signature de la Compagnie

Fait à le ____/____/____

« Lu et approuvé »

Signature de l'Adhérent
(Pour les mineur(e)s : son représentant légal)

N ☐ ☒ REFUSE d'adhérer au présent contrat