



ESJL BASKET

Juigné-sur-Loire

	Après le 15 Juillet		Juniors /Seniors et Loisirs					Cadets-Minimes-Benjamins					Poussins - Mini-Poussins					Baby				
	Né en		1945 à 2000			2003-2004/2005-2006/2007-2008					2009-2010 / 2011-2012					2013-2014						
Nombre par famille	1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5				
Réduction	0%	-15%	-30%	0%	-15%	-30%	-45%	-60%	0%	-15%	-30%	-45%	-60%	0%	-15%	-30%	-45%	-60%				
Tarifs	174	148	122	160	136	112	88	64	155	132	108	85	62	93	79	65	51	37				
Réduction de -25 % pour le joueur qui s'engage sur un coaching d'une équipe sur le prix de sa licence																						
Saison 2019/20	Avant le 15 Juillet		Juniors /Seniors et Loisirs					Cadets-Minimes-Benjamins					Poussins - Mini-Poussins					Baby				
	Né en		1945 à 2000			2003-2004/2005-2006/2007-2008					2009-2010 / 2011-2012					2013-2014						
	Nombre par famille	1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
	Réduction	0%	-15%	-30%	0%	-15%	-30%	-45%	-60%	0%	-15%	-30%	-45%	-60%	0%	-15%	-30%	-45%	-60%			
	Tarifs -20%	145	123	101	133	113	93	73	53	129	110	90	71	52	78	66	54	43	31			
	Réduction de -25 % complémentaire pour le joueur qui s'engage sur un coaching d'une équipe sur le prix de sa licence																					

* Réduction de 25 % pour les membres du Bureau sur le montant total de la famille

* Réduction de 25 % pour le joueur qui s'engage sur un coaching d'une équipe sur le prix de sa licence

* Free Basket (seulement les entraînements) 50% du prix normal

* Mutations : aucune participation du club (U14-Séniors : 60 € en plus du prix de la licence)

* Licences T: aucune participation du club (U14-U15 : 54 € ; U16 - Séniors : 105 € en plus du prix de la licence)



DEMANDE DE LICENCE : Création Renouvellement Mutation

Photo*

(Format JPEG)

Nom du Club : ESJL BASKET

N° Affiliation du Club : 0049065

N°CD : 49

IDENTITE (*Mentions obligatoires)
N° DE LICENCE* (si déjà licencié) :

SEXE* : F: M:

TAILLE (1) : CM (Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection)

NOM* : PRENOM* : DATE DE NAISSANCE*

LIEU DE NAISSANCE* : PAYS : NATIONALITE* (majeurs uniquement) :

ADRESSE : CODE POSTAL : VILLE*

TELEPHONE DOMICILE PORTABLE : EMAIL*

- J'autorise les partenaires de la FFBB à m'envoyer, par courriel, des offres commerciales.
 Je refuse que la Fédération conserve ma photographie au-delà de la saison sportive en cours.

FAIT LE : certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus

Signature obligatoire du licencié ou de son représentant légal :

Cachet et signature du Président du club :



CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin - *Rayer la mention inutile)

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 basket en compétition ou du sport en compétition*
- la pratique du basket ou du sport*.

FAIT LE A

Signature du médecin : Cachet :

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 : Cachet :

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 (cerfa N°15699*01 joint à la demande) et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entraînera 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 BASKET (type de licence souhaitée) :

1 ^{ère} famille*	Catégorie	2 ^{ème} famille (optionnelle)	Niveau de jeu*
<input type="checkbox"/> Joueur	<input type="checkbox"/> U..... <input type="checkbox"/> Senior		
<input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Vivre Ensemble	<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"/> Elu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Saliarié	<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Dirigeant	
<input type="checkbox"/> Technicien			
<input type="checkbox"/> Officiel			
<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 Pré-Nationale

*Mentions obligatoires

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-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'ADHESIONS 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 auprès de la Fédération Française de Basketball pour l'enregistrement de la licence et pour les activités fédérales. Conformément à la réglementation en vigueur, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression des données vous concernant. Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données ainsi qu'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis visés par le règlement européen n°2016/679 (RGPD). Ces droits peuvent être exercés directement en vous adressant à la FFBB, 117 rue Château des Rentiers 75013 PARIS - (info@ffbb.com)



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 inexpliquée ?	<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.



Formulaire d'inscription SAISON 2019/2020

A renvoyer à Mr christian Lièvre - 31 Chemin de la vazée - 49610 Juigné sur Loire.

esjlbasket.lievre@free.fr 06 78 92 18 96

Ou

Mme Véronique ORTIZ - 11 chemin de la Nouvelle - 49610 Juigné sur Loire

Vero.ortiz@free.fr 06 30 72 25 55

NOMPrénom.....

Date de naissance

Téléphone fixeTéléphone portable :

E-mail Prénoms parents.....

Adresse

CPVille :

***Je m'inscris pour la saison 2019-2020 à la section Basket de l'ESJL
Juigné sur Loire et m'engage à respecter son règlement intérieur.***



PIECES A JOINDRE (obligatoirement)

- La demande de licence
- Le certificat médical (pour tout nouveau joueur ou dernier certificat datant de plus de 3 ans)
- Chèque de règlement de licence à l'ordre de l'ESJL BASKET
- Une photo format identité ou JPEG (500 Ko max)
- Une photocopie de la carte d'identité pour les joueurs nés en 2000/2001 (18 ans)
- Autorisation prise photos

Pour les nouvelles inscriptions et mutations :

- Une photocopie de la carte d'identité ou du livret de Famille
- La demande de mutation (à demander au secrétaire)

Signature du licencié

ou de son représentant légal



Autorisation Parentale

Je soussigné (e) Madame, Monsieur

Tuteur légal de l'enfant

autorise n'autorise pas :

Mon enfant à être conduit par les dirigeants, responsables d'équipe et parents de des coéquipiers dans leur véhicule personnel lors des rencontres à l'extérieur.

autorise n'autorise pas :

Le responsable ou un dirigeant à donner en mon nom toute autorisation nécessaire en cas d'acte opératoire ou d'anesthésie et de me prévenir au plus vite.

autorise n'autorise pas :

Mon enfant à quitter seul la salle de sport après les entraînements et les matchs du samedi à Juigné sur Loire.

Fait à le

Signature obligatoire :

Nom et qualité du signataire (père-mère-tuteur)