FFBB

Comité départemental de : L'ISERE

Groupement sportif : TRONCHE MEYLAN BC (garçons)

N° 0 1 3 8 0 5 6

Photo

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 la création, la 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)

La Tronche Meylan Basket
Office Municipal des Sports
5, rue Doyen Gosse
38700 LA TRONCHE

*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

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 :

RéservéauCD

Qualifié le : .....

Tampon CD

Type de licence : .....

CHARTIS AON

DEMANDE D'ADHESION AU CONTRAT D'ASSURANCES CHARTIS N° 4.091.165 « FEDERATION FRANÇAISE DE BASKETBALL »

JE SOUSSIGNE, NOM : ..... PRENOM : .....

DECLARE choisir A ❑ L'OPTION A → 3,30 €

B ❑ L'OPTION B → 8,00 € **(ouvrant droit à des indemnités journalières en cas de perte de salaire)**

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.141-4 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 L'ASSUREUR.

Fait à _____ le ___/___/_____

Signature de l'Assureur

« Lu et approuvé »

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

❑ REFUSE d'adhérer au présent contrat

❑ Cochez la case, si vous ne souhaitez pas que ces données vous concernant soient 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.