

DOSSIER D'INSCRIPTION

Saison 2017 / 2018



LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR :

- 2 **photos d'identité** (inscrire nom, prénom au dos des photo) à agraffer sur chaque page du dossier.
- Le montant de **la cotisation** (en espèce ou par chèque à l'ordre de « US MELUN BASKET-BALL »).
- Par **Chèque** (Paiement possible en 3 fois), veuillez inscrire au dos des chèques : la date de retrait (maxi Mars 2017) et le Nom et le Prénom de l'adhérent.

Habitants de Melun :	165,00 €
Hors Melun :	170,00 €
Mutation (changement de club) :	+ 60,00 € à partir des catégories U15 à Séniors

Réductions famille nombreuse : 5% dès 2 enfants inscrits et 10% à partir de 3 enfants inscrits.

Le pourcentage de réduction s'applique à la totalité du prix payé (exemple : 2 enfants habitants de Melun = 165€ x 2 = 330€. A cela s'applique les - 5% = 313,50€; pour 3 enfants habitants de Melun = 165€ x 3 = 495€, -10% = 445,50€).

**L'adhésion comprend 1 chasuble réversible (sauf pour les renouvellements)
+ 1 T-shirt Club offert pour les catégories jeunes (jusqu'à U20 inclus).**

- Le **paiement de l'assurance personnelle couvrant les risques sportifs** (en bas de la demande de licence - voir détails sur le site FFBB). Si vous ne cochez pas une de ses options (Option A= 2,98 € ou Option B=8,63 €), c'est que vous disposez d'une assurance personnelle couvrant la pratique d'un sport en club, vous devez alors nous joindre obligatoirement un justificatif.
- Pour les Melunais uniquement un **justificatif de domicile** (exemple : facture EDF, téléphone ou quittance de loyer).
- Une **photocopie de la pièce d'identité de l'adhérent** (ou photocopie du livret de famille si l'enfant n'en a pas encore).
- La **fiche de renseignement Club**
- L'ensemble **Demande de licence + Certificat Médical** (pour les créations, les surclassements ou mutations)
ou remplir le questionnaire de santé (pour les renouvellements)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLUB

Agrafer ici
UNE
des 2 photos

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable :

Email :

Profession mère : Taille:

Profession père : Taille:

En cas d'urgence, joindre (Nom/téléphone) :

Problèmes de santé / Allergies :

Taille pour le chasuble et T-shirt club :

Pour aider ton club, avoir des responsabilités et t'investir, tu aimerais :

Apprendre l'arbitrage

Aider lors de l'organisation d'événements

Apprendre à tenir une table de marque

Ecrire des articles pour la gazette et le site web

Apprendre à tenir le chronomètre de jeu / la e-marque

Apprendre à m'occuper d'une équipe

Autre :



Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du club de Basket Ball de l'USMBB (affiché au gymnase et sur le site web) pour la saison 2017 / 2018 et en accepte les conditions.

EN CAS D'ENFANT MINEUR :

Je soussigné(e) autorise que mon fils, ma fille

- soit photographié(e) et publié(e) dans les supports du club.
- soit transporté(e), dans le cadre des rencontres sportives, dans des véhicules particuliers sans que, en cas d'accident, la responsabilité civile du club soit engagée.
- soit conduit(e), en cas de maladie subite ou d'accident survenant au cours d'entraînement ou d'une compétition, si nécessaire, dans un établissement hospitalier le plus proche pour y recevoir les soins nécessités par son état.

Signature de l'adhérent

Signature du responsable légal

**DEMANDE DE LICENCE:** Création Renouvellement

Comité Départemental : 77 N° Affiliation du Club : 1977052 Nom du Club : US Melun Basket

IDENTITE

N° de licence *(si déjà licencié) :

NOM* :

SEXE* : F M

PRENOM* :

TAILLE(1) : CMDATE DE NAISSANCE* :

NATIONALITE*(majeurs uniquement) :

ADRESSE : CODE POSTAL : VILLE* : TELEPHONE DOMICILE : PORTABLE :

E-MAIL* :

 Je refuse l'utilisation, par la FFBB, ses organismes déconcentrés et ses partenaires, de mes données personnelles à des fins non commerciales. Je n'autorise pas la FFBB et ses partenaires à m'envoyer, par courrier ou par email, 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, Docteurcertifie avoir examiné
M / Mme / Melle 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 :

PRATIQUE SPORTIVE (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"/> Ju <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Compétition		<input type="checkbox"/> Senior	
<input type="checkbox"/> 3x3			
<input type="checkbox"/> Loisir	<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral	
<input type="checkbox"/> Entreprise	<input type="checkbox"/> Officiel	<input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat	
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Arbitre <input type="checkbox"/> OTM <input type="checkbox"/> Commissaire	
<input type="checkbox"/> Officiel		<input type="checkbox"/> Observateur <input type="checkbox"/> Statisticien	
<input type="checkbox"/> Dirigeant		<input type="checkbox"/> Elu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Salarié	

***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

*Mentions obligatoires

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.

FAIT LE/...../..... A

Signature du médecin :

Tampon :

Dopage (joueur mineur uniquement) : Par la présente, je soussigné(e) représentant légal de pour lequel une licence est sollicitée à la FFBB, autorise 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 représentant légal :

INFORMATION ASSURANCES :(Cocher **obligatoirement** les cases correspondant à vos choix)JE SOUSSIGNÉ(E), le licencié ou son représentant légal, NOM : PRÉNOM : Je 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 Civil (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 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 (= 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 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'ADHÉSIONS DUMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÈGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 06 août 2004, les personnes ayant fourni des informations personnelles disposent d'un droit d'accès, de rectification, de modification et de suppression de ses données qu'il peut exercer directement auprès de l'organisme compétent pour l'enregistrement de sa licence.

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 inexplicquée ?	<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.

nom:

prénom:

signature:

