



DEMANDE DE LICENCE CONTACT PASS 2026/2027

JE SUIS (*Mentions obligatoires)

Nom* : Prénom* :

Nom de naissance* (si différent) :

Sexe : ☐ F ☐ M Taille : cm (mineur uniquement)

Date de naissance*/...../.....

Lieu de Naissance* :

Pays (*si étranger) :

Nationalité* (majeurs uniquement) :

Adresse :

Code Postal* : Ville* :

Email* :

Téléphone Domicile : Portable :

APTITUDE MEDICALE (le licencié peut présenter un certificat médical ou un questionnaire de santé)

CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin - *cocher la case correspondante)

Je soussigné, Docteur certifie avoir examiné ce jour M./Mme et n'avoir décelé aucun contre-indication apparente :

Pour la pratique sportive ⁽¹⁾

☐ * la pratique du basket en compétition ou du sport en compétition (pratique compétitive y compris extension loisir (pratique pouvant mener à des résultats ou un classement))

Pour la pratique du Vivre Ensemble :

☐ * la pratique du basket ou du sport (pratique non compétitive – Vivre Ensemble)

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

Signature du médecin : Cachet :

OU

QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE

☐ J'atteste par la présente que chacune des rubriques du questionnaire relatif à l'état de santé (joint à la demande) a donné lieu à une réponse négative 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, y compris en compétition, datant de moins de 6 mois.

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

Signature obligatoire du licencié majeur ou du représentant légal (pour le licencié mineur) :

⁽¹⁾ Le licencié peut présenter un certificat médical mentionnant la pratique du basket ou d'un autre

PRATIQUE SPORTIVE BASKET

Je souhaite obtenir un Pass pour un évènement sportif :

- ☐ 1 OPEN START 3X3
- ☐ Participer à 1 CAMP BASKET*
- ☐ JOUER ENTREPRISE

*Date de début :/...../..... *Date de fin :/...../.....

JE M'ASSURE: (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° AU521387 / GENERALI), Assistance Rapatriement (Contrat n°58225248/ Europe Assistance) et Responsabilité Civile (Contrat n°AU475958 / GENERALI) consultables, téléchargeables, imprimables ci-après et 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 HELMETT SPORT. Et reconnais avoir reçu l'information relative à mes possibilités et à mon intérêt à souscrire aux garanties Individuelles Accident auprès de HELMETT SPORT ou l'assureur de mon choix pour les éventuels dommages corporels que je peux subir du fait de la pratique du Basket-Ball

☐ Souhaite souscrire à l'une des formules Individuelle Accident et coche la case correspondant à la formule choisie :

- ☐ Formule A, cotisation : 2,09 euros TTC (1)
- ☐ Formule B, cotisation : 6,39 euros TTC (1)
- ☐ Formule complémentaire C (cotisation : 0,50 euros TTC), en complément de la formule A, soit un total de 2,59 euros TTC (= A+)
- ☐ Formule complémentaire C (cotisation : 0,50 euros TTC), en complément de la formule B, soit un total de 6,89 euros TTC (= B+)
- (1) Aucune cotisation à acquitter au titre des formules A et B dans le cadre de la pratique du « Micro-Basket » ou « Vivre Ensemble ».

☐ Ne souhaite pas souscrire aux garanties individuelles Accident proposées (N)

☐ Reconnais avoir reçu l'information relative à mes possibilités et de mon intérêt à souscrire à ces garanties Individuelle Accident auprès de HELMETT SPORT ou l'assureur de mon choix 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 RÈGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR

JE M'ENGAGE :

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.

☐ J'autorise la FFBB et ses filiales à m'envoyer par courriel des offres promotionnelles et/ou commerciales pour ses activités (billetterie, produits dérivés...).

☐ J'autorise la FFBB à transmettre à ses partenaires mon adresse électronique à des fins promotionnelles et/ou commerciales.

La base légale du traitement lié à la communication à but commercial et/ou promotionnel par la FFBB ou par des tiers est le consentement. Ces données seront traitées et conservées jusqu'au retrait de celui-ci par la personne concernée. La personne dispose du droit de retirer son consentement à tout moment conformément au Règlement UE 2016/679.

Je reconnais avoir pris connaissances des mentions sur la protection de mes données personnelles et certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements de ma demande de licence.

FAIT LE :/...../.....

Signature obligatoire du licencié ou de son représentant légal :