

AIL FUVEAU



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone personnel :

Portable :

Email :

N° chèques et nom de la banque	Nom de l'émetteur	Montant

Autorisation Parentale

Je soussigné(e),

autorise l'entraîneur de mon enfant

Nom & prénom de l'enfant :

a hospitaliser celui-ci en cas d'accident survenu lors d'un match ou d'un entraînement

Fait à

Le

Signature des parents

Renseignement médicaux (allergies, asthmes...) :

Les Amis de l'Instruction Laïque de Fuveau 10, Place Verminck - 13710 FUVEAU

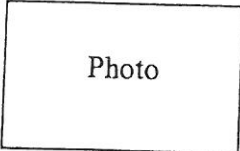
TEL : 04.42. 58. 76. 84 - EMAIL ail.fuveau@wanadoo.fr

N° SIRET 40032753200026



DEMANDE DE LICENCE

Création Renouvellement Mutation



Comité Départemental de
Nom du groupement sportif

CD 13
AIL FIVEAU

N° club 22 130 11

N° de licence (si déjà licencié)

NOM*

Nom de jeune fille

Prénom

Date de naissance Sexe : F M

Nationalité Taille

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

E.mail

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.

A Le ____ / ____ / ____

Signature du Médecin : _____ Cachet : _____

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 ____ / ____ / ____

Signature du Médecin : _____ Cachet : _____

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus.
Date _____

AMIS DE L'INSTRUCTION LAIQUE
10, Place Verminck
du Président du club
13710 FIVEAU

Signature obligatoire du licencié
ou de son représentant légal :
* Ou nom d'usage

1 ^{ère} famille obligatoire (Iseul choix possible)	2 ^{ème} famille optionnelle (Iseul choix possible)	Catégorie	Niveau d'intervention
<input type="checkbox"/> Joueur <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Entreprise		<input type="checkbox"/> Senior ou <input type="checkbox"/> U ____	Niveau de pratique le plus élevé (obligatoire) :
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat	<input type="checkbox"/> Territoires : (Département - Région)
<input type="checkbox"/> Officiel	<input type="checkbox"/> Officiel	<input type="checkbox"/> Arbitre <input type="checkbox"/> OTM <input type="checkbox"/> Commissaire <input type="checkbox"/> Observateur <input type="checkbox"/> Statisticien	<input type="checkbox"/> Championnat de France
<input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Elu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Pro A Pro B Esp Pro A LFB

Pour tout licencié souhaitant évoluer en tant que « Joueur » : obligation de cocher la case joueur en 1^{er} choix de famille

Cadre réservé à la Commission de Qualifications compétente : Qualifié le : Type de licence attribuée :

INFORMATION ASSURANCES :

(Cocher **obligatoirement** les cases correspondant à vos choix)

JE SOUSSIGNÉ(E), le licencié ou son représentant légal, NOM : PRÉNOM :,
 Reconnais avoir reçu le résumé des garanties (Contrat AIG 4.091.578 ci-annexé et consultable sur www.ffbb.com), conformément à L141-4 du code des
Assurances, et avoir pris connaissance des garanties Responsabilité Civile incluses automatiquement en prenant ma licence ainsi que des garanties Individuelles
complémentaires proposées par AIG, et :

- ou souhaite souscrire à l'option A, au prix de 3,70 euros TTC.
- ou souhaite souscrire à l'option B, au prix de 9,50 euros TTC.
- ou souhaite souscrire à l'option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option A, soit un total de 4,20 € TTC (= A+).
- ou souhaite souscrire à l'option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option B, soit un total de 10 € TTC (= B+).
- ou ne souhaite pas souscrire aux garanties individuelles complémentaires proposées (= N)

Reconnais par ailleurs 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 Basketball

Signature de l'Assureur _____ Fait à _____ le ____ / ____ / ____
Signature de l'Adhérent ou de son représentant légal) : _____
« Lu et approuvé »

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 pacés. Si l'Assuré est mineur, les bénéficiaires sont les ayants droit légaux. Pour toutes les autres garanties le bénéficiaire est l'Assuré lui-même.

SEULES LES DEMANDES D'ADHÉSIONS DUMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR

(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.