



DEMANDE DE LICENCE - 2014/15

Comité des Landes / Ufolep 40



N° affiliation Ufolep40 N ° club FFBB:

Nom du groupement sportif :

N° de licence FFBB : N° Ufolep :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : F M

Nationalité : Taille :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Email :

Date / /

Signature obligatoire du licencié / ou du tuteur légal

Tampon du Club et Signature du Président Obligatoires :

Certificat annuel de non-contre indication à la pratique du Basket-ball en compétition

Je soussigné, Docteur.....

certifie avoir examiné M/Mme/Mlle :

et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre-indiquant la pratique du Basket-ball en compétition.

Taille :

A Le / /

Signature du Médecin : Cachet :

Surclassement

(ne nécessitant pas un imprimé spécifique)

M/Mme/Mlle :

peut pratiquer le Basket-ball dans la catégorie immédiatement supérieure dans le respect de la réglementation en vigueur au sein de la FFBB.

A Le / /

Signature du Médecin : Cachet :

LICENCE UFOLEP	MES ACTIVITES SPORTIVES PRATIQUEES DANS MON ASSOCIATION	ADULTE UFOLEP Né en 1997 et avant	JEUNE UFOLEP Né de 1998 à 2003	ENFANT UFOLEP Né en 2004 et après
-----------------------	--	--	---	--

Licence Non Praticant : **Activité Principale** ⁽³⁾

Dirigeant (non praticant)

Officiel (non praticant)

Licence Praticant : **Activité Principale** ⁽³⁾

Joueur

Educateur

Pour les licenciés UFOLEP non pratiquants et pratiquants de risques R2 (basket)

Votre association a souscrit auprès de l'APAC une assurance collective Multirisque Adhérents Association qui comprend la garantie « Responsabilité Civile » obligatoire. Conformément à l'article L.321-4 du Code du sport, elle vous propose en outre une garantie 'Individuelle Accident ».

J'accepte les conditions de cette garantie « Individuelle Accident » de base ⁽⁸⁾ dont la notice d'information des garanties et de prix m'a été remise au préalable, et je souhaite souscrire l'option supplémentaire suivante (voir au verso le tableau de ces garanties) :

Complémentaire Individuelle de Personnes - CIP Option 1

Complémentaire Individuelle de Personnes - CIP Option 2

Complémentaire Individuelle de Personnes - CIP Option 3 (pour les mineurs)

**DATE ET SIGNATURE
OBLIGATOIRE DU LICENCIÉ
(ou si mineur, du représentant légal)**

Cochez la case, si vous ne souhaitez pas que vos données personnelles soient utilisées à des fins commerciales ou 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..2012 05 DIS.NDE

