



DEMANDE DE LICENCE CONTACT PASS 2020-2021

JE SUIS (*Mentions obligatoires)

Nom* : Prénom* :

Sexe : F M

Date de naissance*/...../..... Lieu de Naissance* :

Pays (*si étranger) : Nationalité*(majeurs
uniquement) :

Adresse :

Code Postal : Ville* :

Téléphone Domicile : Portable :

Email* :

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 :/...../.....

ENGAGEMENT :

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 on 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 :

CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin - *Rayer la mention inutile)

Je soussigné, Docteur certifie avoir examiné M/Mme..... et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre-indiquant la pratique du Basket-Ball en compétition.

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

Signature du médecin : Cachet :

INFORMATION ASSURANCES :

(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° 2159 / Mutuelle des Sportifs-MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité Civile (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 à l'option choisie :

Option A, au prix de 0,77 euros TTC.

Option B, au prix de 2,97 euros TTC.

Option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option A, soit un total de 1,27€ TTC (= A+).

Option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option B, soit un total de 3,47 € TTC (= B+).

Ne souhaite pas souscrire aux garanties individuelles complémentaires proposées (= N)

Reconnais avoir reçu l'information relative à mes possibilités et à mon intérêt à souscrire à ces garanties Individuelle Accident auprès de l'assureur fédéral MDS 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'ADHÉSIONS DUMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR