



# DEMANDE DE LICENCE CONTACT BASKET 2015-16 (RESERVE AUX U7 ET PLUS)

Organisme Fédéral délivrant la licence (à remplir par l'organisateur) :

- Comité Départemental :
- Ligue Régionale :

N° de licence (si déjà licencié) :

Nom : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe : F  M

Nationalité : ..... Taille : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Téléphone : .....

Mél : .....

Date : .....

Signature obligatoire du représentant légal :

## Certificat médical annuel de non contre-indication à la pratique du Basket-ball 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 basket-ball en  
compétition.

Taille : .....

A ..... Le ..... / ..... / .....

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 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 :

- 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 Basket-ball

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 pacsés. 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**