



FORMULAIRE DE LICENCE 2018/2019

Les demandes de licences doivent être déposées au secrétariat en priorité les jours de permanence et comprendre :

■ Une demande de licence :

Le document doit être rempli de manière lisible et signé par le licencié ou par son représentant légal s'il est mineur. La partie « Assurance » doit être également remplie : **dater et signer.**

■ Une photo d'identité récente.

Sans photo, il n'y aura pas possibilité de jouer.

■ Un certificat médical

• Pour une création de licence :

Il est préférable de remplir celui qui se trouve sur la demande de licence, ainsi que la partie « surclassement ».

Le médecin doit indiquer la taille, dater et signer. Certificat valable 3 ans.

Si vous fournissez un certificat médical de votre médecin, il faut impérativement qu'il note « **pratique du basket-ball en compétition** » et qu'il indique votre taille.

• Pour un renouvellement :

Il vous suffit de remplir le questionnaire médical joint et de signer sur la demande de licence pour attester que vous l'avez effectivement rempli et que les réponses sont négatives.

■ La fiche individuelle de renseignements :

Ces autorisations parentales doivent être totalement complétées, datées et signées.

Vos numéros de téléphone et adresses mail sont indispensables.

■ Le règlement de la cotisation :

Vous avez la possibilité de payer en plusieurs fois, **par chèque, en espèces, avec les chèques-vacances, les coupons sport, les bons CAF, les aides OMSD.**

Les fautes techniques et/ou disqualifiantes devront être réglées avant toute nouvelle licence.

Aucune licence ne sera faite sans règlement ni photo

TARIFS

CATÉGORIES	ANNÉE DE NAISSANCE	TARIFS
Baby U7 - Mini poussin U9	De 2010 à 2014	125,00 €
Poussin U11 - Benjamin U13	De 2006 à 2009	165,00 €
Minime U15	De 2004 à 2005	175,00 €
Cadets U17 - Junior U20 - Sénior	2003 et moins	185,00 €
Loisir	-	100,00 €
Officiel - Dirigeant	-	70,00 €

Réduction de 50% à partir de la 2^e licence « joueur » d'une même famille, sur la licence la moins chère.

■ **Mutation** (entre le 1^{er} et le 30 juin) : le coût de la mutation est à la charge du licencié. Il en est de même pour les prêts. Payant à partir de benjamin U13. Gratuit pour les petites catégories.

Chaque joueur doit posséder son ballon pour les entraînements : **taille 5** (baby à poussin), **taille 6** (benjamin), **taille 7** (minime à sénior) et se munir

d'une gourde. Le maillot de match est fourni par le club.

Nous vous rappelons que la cotisation annuelle comprend :

- le prix de la licence vous permettant de pratiquer le basket-ball en compétition et l'assurance A.
- un short conservé par le joueur en fin de saison.

■ Permanences au club :
du lundi au vendredi
de 9h à 12h - 14h à 17h30

■ 18, bd de l'Ouest
21000 DIJON

Tél. 03 80 41 70 62

secretariat@jda-association.com
www.jdadijonbourgogne.com

**DEMANDE DE LICENCE 5x5:** Création Renouvellement MutationComité Départemental : N° Affiliation du Club : Nom du Club : **IDENTITE**

N° de licence *(si déjà licencié) :

NOM* :

SEXE* : F : M

PRENOM* :

TAILLE(1) : CM

DATE DE NAISSANCE* :

NATIONALITE*(majeurs uniquement) :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE* :

TELEPHONE DOMICILE :

PORTABLE :

E-MAIL* :

 J'autorise les partenaires de la FFBB à m'envoyer, par courriel, des offres commerciales.**FAIT LE :**

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

Signature obligatoire du licencié
ou de son représentant légal :Tampon et signature du
Président du club :

(1) Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection.

*Mentions obligatoires

CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin)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 sport en compétition ou du basket en compétition*
- la pratique du sport ou du basket*.**FAIT LE** _____ **A** _____

Signature du médecin : _____ Tampon : _____

*Rayer la mention inutile

ATTESTATION QUESTIONNAIRE MEDICAL (à remplir par le licencié) J'atteste par la présente avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions relatives au questionnaire de santé et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entrainera obligatoirement la production d'un nouveau certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport et/ou du Basket.**FAIT LE** _____ **A** _____

Signature du licencié :

SURCLASSEMENT (ne nécessitant pas un imprimé spécifique)

M/Mme _____ peut pratiquer le Basketball dans la catégorie immédiatement supérieure dans le respect de la réglementation en vigueur au sein de la FFBB.

FAIT LE _____ **A** _____

Signature du médecin : _____ Tampon : _____

Dopage (joueur mineur uniquement) :

Par la présente, je soussigné(e) _____ représentant(e) légal(e) de _____ pour lequel une licence est sollicitée à la FFBB:

 AUTORISE REFUSE

tout préleveur, agréé par l'agence française de lutte contre le dopage (AFLD) à procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive lors d'un contrôle antidopage. Je reconnais avoir pris connaissance qu'un refus de se soumettre à un contrôle est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires.

Signature obligatoire du
représentant légal :**PRATIQUE SPORTIVE BASKET 5x5 (type de licence souhaitée) :**

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.

1 ^{ère} famille*	2 ^{nde} famille (optionnelle)	Catégorie	Niveau de jeu*
Joueur <input type="checkbox"/> Compétition +OPTION 3x3 <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Entreprise		<input type="checkbox"/> U..... <input type="checkbox"/> Senior	
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat	
<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"/> Dirigeant		<input type="checkbox"/> Elu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Salarié	

***CHARTRE D'ENGAGEMENT (à remplir par le licencié souhaitant évoluer en championnat de France ou qualitatif au championnat de France)** J'atteste par la présente avoir rempli et signé la charte d'engagement afin d'évoluer en :

- Championnat de France
 Championnat Qualificatif au Championnat de France

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 2,98 euros TTC.
 Option B, au prix de 8,63 euros TTC.
 Option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option A, soit un total de 3,48 € TTC (= A+).
 Option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option B, soit un total de 9,13 € TTC (= B+).

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

Vous êtes informé que vos données à caractère personnel, recueillies sur ce formulaire, font l'objet d'un traitement informatique sous la responsabilité de la FFBB, et ce aux fins, suivant votre qualité (licencié, médecin ou représentant légal d'un mineur), de gérer les souscriptions de licences, de vous adresser de la prospection commerciale, de vérifier l'aptitude physique (absence de contre-indication médicale) et les autorisations de contrôle antidopage, ainsi que de gérer les souscriptions d'assurances. Les champs marqués d'un astérisque (*) ont un caractère obligatoire. Conformément à la réglementation, vous bénéficiez d'un droit, d'accès d'opposition, de rectification et de suppression ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort des données personnelles après la mort. Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que d'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis visés par le règlement européen n°2016/679 (RGPD).



Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS SAISON 2018-2019



Demance de licence

Création Renouvellement Mutation Prêt

ETAT CIVIL :

Mr Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Date de naissance :/...../..... Nationalité.....

Lieu de naissance :

Téléphone domicile :

Téléphone travail :

Mobile : Email :

Personne(s) à prévenir en cas de problème :

Nom : Prénom :

Téléphone 1 : Téléphone 2 :

Nom : Prénom :

Téléphone 1 : Téléphone 2 :

Licence compétition

Licence loisirs

Licence cadre/dirigeant

Club saison 2017-2018 :

Divers :

AUTORISATIONS

DROIT A L'IMAGE :

- Autorise la JDA Dijon Bourgogne à utiliser l'image, la silhouette ou la voix de mon enfant dans diverses publications, quel qu'en soit le support (papier, vidéo, film, site internet ..) dans le respect des dispositions légales en vigueur

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs) :

Je soussigné(e)

Représentant légal de.....

Certifie lui donner l'autorisation de :

- se licencier à la FFBB/LNB et adhérer à la JDA DIJON BOURGOGNE

- Autorise le cas échéant tout prélèvement en vue d'un contrôle anti-dopage

- Déclare être informé des conditions suivantes et les accepter : les parents doivent accompagner leurs enfants sur les lieux d'entraînement ou de compétition et s'assurer que les responsables de la JDA Dijon Bourgogne sont présents – en cas d'absence de ces derniers, et jusqu'à leur arrivée, les parents doivent assurer la surveillance de leurs enfants – la prise en charge du licencié par la JDA Dijon Bourgogne s'arrête à partir du moment où le licencié a quitté l'enceinte de l'entraînement ou de la compétition . La JDA Dijon Bourgogne décline toute responsabilité pour les accidents pouvant survenir avant ou après la prise en charge ainsi définie, et pour les vols ou dégradations commises au préjudice des licenciés dans le cadre des entraînements ou des compétitions ;

- Prend connaissance que le licencié qui sera sanctionné d'une faute technique ou disqualifiante se verra infligé une amende ; en cas de non paiement , la licence ne sera pas renouvelée .

AUTORISATION MEDICALE

Je soussigné

responsable légal de l'enfant.....

- Autorise mon enfant à participer aux déplacements organisés par le club sous mon entière responsabilité (compétitions/entraînements/stages)

- Autorise mon enfant à circuler dans le véhicule d'un accompagnateur sous mon entière responsabilité.

- Autorise les intervenants de la JDA Dijon Bourgogne à décider pour mon enfant, en mon absence, du transport en centre hospitalier et à lui prodiguer les soins et interventions chirurgicales nécessaires en cas d'urgence en me prévenant dans les plus brefs délais.

- Nom du médecin traitant :

- Adresse du médecin traitant :

- Téléphone du médecin traitant :

- Signaler ici tout ce qui pourrait accélérer les soins en cas d'urgence
(Antécédents, allergies, traitement..)

.....

Je m'engage à régler les frais de séjour, les frais médicaux, pharmaceutiques ou d'hospitalisation et d'opération éventuels qui seraient avancés par le club JDA Dijon Bourgogne pour soigner mon enfant.

J'atteste que mon enfant est garanti par une assurance accident individuelle.

J'atteste avoir fourni au club un certificat médical indiquant que la pratique du basket ball en compétition est autorisée pour mon enfant .

Nous nous engageons, conformément à la loi à ne divulguer en aucun cas les informations contenues dans ce dossier. Seul leur propriétaire peut demander à consulter ou à modifier le dossier les contenant .

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter la réglementation de la FFBB / FFH et du règlement intérieur de la JDA DIJON BOURGOGNE.

A.....le/...../..... **Signature obligatoire :**
(du demandeur ou représentant légal)