



INSCRIPTION

VOUS VOUS INSCRIVEZ EN TANT QUE :

- Scolaire
- Etudiant [28 ans maximum à la date de l'inscription]
- Actif
- Bienfaiteur | Honoraires
- Dirigeant | Entraîneur

Adhésion 2017 | 2018

1^{er} septembre 2017 au 31 août 2018

1^{ère} adhésion

Renouvellement

L'INSCRIPTION COMPREND : La cotisation omnisport [40 €] - la cotisation section - la licence fédérale

CHOIX du SPORT

BASKET

TARIF du SPORT

Scolaire : 240 €
 Universitaire : 230 €
 Actif : 250€

Si déjà licencié,
n° de licence

IMPORTANT :

COMPETITION

MODE de REGLEMENT :

- Espèces
- Chèque bancaire
- Carte Bancaire
- CAF Ticket loisir - Montant :
- R'éduc-Sport
- Comité d'entreprise Montant
- Coupon Sport

LE CERTIFICAT MEDICAL DOIT PRECISER QUE VOUS ÊTES APTE A LA PRATIQUE DU BASKET
IL EST OBLIGATOIRE ET DOIT ETRE REMIS LE JOUR DE L'INSCRIPTION

NOM : PRENOM : Sexe : F - M
 Date de naissance : Nationalité :
 Adresse :
 Adresse suite :
 Code Postal : Ville :
 Fixe : Portable : Tél Professionnel
 Adresse E-mail : [en majuscule svp] @

POUR LES MINEURS : Mention manuscrite * du représentant légal autorisant la pratique du sport choisi.

Nom du Père Fixe Portable Tél Professionnel
 Nom de la Mère Fixe Portable Tél Professionnel

- J'accepte que mes coordonnées soient diffusées aux partenaires du PUC : OUI NON
- J'autorise le PUC à photographier ou filmer mon enfant ou moi-même lors des activités sportives et à utiliser ces images ou vidéos OUI NON

ATTENTION : AUCUN REMBOURSEMENT NE SERA FAIT EN CAS D'ARRET DE L'ACTIVITE

Je déclare adhérer au Paris Université Club et demande à être sur la liste de ses membres et m'engage à me conformer aux statuts et au règlement intérieur du Club.

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION :

Fiche adhérent n°

Créée ou réactualisée le

Carte délivrée le

Observations

Date de l'inscription :

Signature de l'adhérent ou de son représentant légal :

2 PHOTOS
 A
 AGRAFER
 ICI

INFORMATIONS CONCERNANT L'ASSURANCE :

Le PUC vous informe de l'intérêt de souscrire un contrat d'assurance « individuelle accidents ».
 Le PUC vous informe de votre droit d'accès et de rectification des informations collectées qui feront l'objet d'un traitement informatique (art.32.6°, loi n° 78-17 du 06/01/1978). Ce droit d'accès s'exerce auprès du secrétariat du club.



DEMANDE DE LICENCE:

Création

Renouvellement

Comité Départemental : 75

N° Affiliation du Club : 1975048

Nom du Club : Paris Université Club

IDENTITE

N° de licence *(si déjà licencié) :

NOM* :

SEXE* : F M

PRENOM*

TAILLE(1) : CMDATE DE NAISSANCE* :

NATIONALITE*(majeurs uniquement) :

ADRESSE : CODE POSTAL : VILLE* : TELEPHONE DOMICILE : PORTABLE :

E-MAIL* :

 Je refuse l'utilisation, par la FFBB, ses organismes déconcentrés et ses partenaires, de mes données personnelles à des fins non commerciales. Je n'autorise pas la FFBB et ses partenaires à m'envoyer, par courrier ou par email, 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, Docteurcertifie avoir examiné M / Mme / Melle 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 :

PRACTIQUE SPORTIVE (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		<input type="checkbox"/> U <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 3x3		<input type="checkbox"/> Senior	
<input type="checkbox"/> Loisir			
<input type="checkbox"/> Entreprise	<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral	
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Officiel	<input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat	
<input type="checkbox"/> Officiel	<input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Arbitre <input type="checkbox"/> OTM <input type="checkbox"/> Commissaire	
<input type="checkbox"/> Dirigeant		<input type="checkbox"/> Observateur <input type="checkbox"/> Statisticien	
		<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 qualificatif 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

*Mentions obligatoires

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.

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

A

Signature du médecin :

Tampon :

Dopage (joueur mineur uniquement) :

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

INFORMATION ASSURANCES :

JE SOUSSIGNÉ(E), le licencié ou son représentant légal, NOM : (Cocher obligatoirement les cases correspondant à vos choix) 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 Civil (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 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 (= 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

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 06 août 2004, les personnes ayant fourni des informations personnelles disposent d'un droit d'accès, de rectification, de modification et de suppression de ses données qu'il peut exercer directement auprès de l'organisme compétent pour l'enregistrement de sa licence.



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 inexpliquée ?	<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. Simplet 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.