



DOSSIER D'INSCRIPTION

CMPJM INGRE BASKET

Dossier complet à déposer lors de permanences au local du club les

Samedi 5 septembre de 10h30 -12h00

Mardi 8 septembre 18h00 - 20h30 / mercredi 9 septembre 18h00 - 20h30

Dimanche 13 septembre : 11h00 - 18h00 au forum des associations à la Coudraye

Mardi 15 septembre : 18h30 - 20h30 / Mercredi 16 septembre : 17h30 - 19h30

Jeudi 17 septembre : 17h30 - 19h30

Possibilité de régler en 1 fois (30/09/15), en 2 fois (30/09/15 et 30/11/15)

ou 3 fois : (30 /09/15, 30/11/15 et 30/01/16)

Pour plus de renseignements, consulter notre site internet : www.ingre-basket.fr

Ou par mail : contact@ingre-basket.fr

INFORMATIONS INSCRIPTIONS LICENCES

SAISON 2015-2016

Tarifs des licences pour la saison 2015-2016 :

Catégorie	Année de naissance	Tarif licence	Licence + Option A	Licence + Option A + C	Licence + Option B	Licence + Option B + C
JUNIORS/ SENIORS	1998 et avant	117,50 €	121,20 €	121,70 €	127,00 €	127,50 €
U 17	1999-2000	105,50 €	109,20 €	109,70 €	115,00 €	115,50 €
U 15	2001-2002	94,50 €	98,20 €	98,70 €		
U13	2003-2004	94,50 €	98,20 €	98,70 €		
U11	2005-2006	84,50 €	<u>88,20 €</u>	<u>88,70 €</u>		
U9	2007-2008	84,50 €	<u>88,20 €</u>	<u>88,70 €</u>		
U7	2009-2010	84,50 €	<u>88,20 €</u>	<u>88,70 €</u>		
DIRIGEANT/ NON JOUEUR / OFFICIEL		84,50 €	<u>88,20 €</u>	<u>88,70 €</u>	94,00€	94,50 €

Option A = Couvre en Individuelle Accident et Assistance le licencié en cas d'accident corporel.

Option B = Propose les mêmes garanties que l'option A, auxquelles s'ajoutent, suite à un accident, une indemnité journalière de 45 € limitée à 120 jours en cas de perte justifiée de salaire et une assistance vie quotidienne (aide-ménagère + garde d'enfants)

Option C = propose un capital invalidité permanente accidentelle supplémentaire (avec barème progressif).

Le contrat d'assurance est disponible sur ingrebasket.fr ou sur demande à l'adresse suivante : contact@ingre-basket.fr

A partir de la 3^{ème} licence enfant dans la même famille, la cotisation la plus basse sera réduite de moitié (**sur la base tarif licence**).

Inscriptions

- Demande de licence pour le comité avec partie médicale à faire signer par le médecin
- Le chèque de licence à l'ordre du CMPJM INGRE BASKET équivalent à la catégorie (ou plusieurs si règlement échelonné)
- La fiche de renseignement du licencié
- Une photo d'identité récente avec le nom et la catégorie au dos
- Pour les nouveaux licenciés, une photocopie recto verso de la carte d'identité ou du livret de famille de la personne concernée par la demande de licence.
- Attestation d'assurance personnelle couvrant les activités sportives en club en cas de non souscription de l'assurance FFBB.**



IDENTIFICATION DU LICENCIÉ

Nom _____

Prénom : _____

Sexe : Masculin Féminin

Date de Naissance : ____/____/____

Adresse complète : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____ @ : _____

BORDEREAU D'ADHÉSION

Je soussigné(e) _____ (nom, prénom du licencié ou de son représentant légal pour les mineurs)

- déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et de la charte du CMPJM INGRE BASKET disponibles sur le site internet du club (<http://ingre-basket.fr>) et en accepter tous les points.
- déclare avoir acquitté le montant de la cotisation et m'engage, lors des déplacements, à utiliser mon véhicule personnel pour le transport de passagers :
- en cas d'utilisation de votre véhicule, votre assurance contient « la garantie des personnes transportées » et vous ne surchargez pas votre véhicule.

Date : _____ Signature, précédée de la mention « Lu et Approuvé »

AUTORISATION

Je soussigné(e) _____, licencié, père, mère, tuteur du licencié désigné ci-dessus, autorise :

- en cas d'urgence, les responsables ou entraîneurs du CMPJM INGRE BASKET à prendre toutes les dispositions utiles en vue de la mise en œuvre des traitements médicaux ou chirurgicaux jugés nécessaires, o u i Non
- la publication de photos du licencié dans la presse locale ou les bulletins de l'association, sur les panneaux d'affichage ou le site Internet du CMPJM INGRE BASKET à des fins non commerciales : o u i Non
- le transport de mon enfant par une tierce personne lors des déplacements : o u i Non
- mon enfant à revenir seul à son domicile : o u i Non

Date : _____ Signature, précédée de la mention « Lu et Approuvé »

Personnes à prévenir en cas d'accident:

Nom	Prénom	☎ Domicile	☎ Travail	☎ Mobile

Merci de nous indiquer dans quel domaine vous pourriez nous aider à fonctionner (même de façon ponctuelle) :

Tenir la buvette	Recherche partenaires	Organisation manifestations	Permanence gymnase un samedi	Encadrement sportif
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non



DEMANDE DE LICENCE

Création Renouvellement Mutation

Photo

Comité Départemental de
Nom du groupement sportif

N ° club

N° de licence (si déjà licencié)

NOM* _____

Nom de jeune fille _____

Prénom _____

Date de naissance _____ Sexe : F M

Nationalité _____ Taille _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

Téléphone fixe _____

Téléphone portable _____

E.mail _____

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

Date _____

Signature obligatoire du licencié ou de son représentant légal : _____

Tampon et signature du Président du club : _____

* Ou nom d'usage

Certificat annuel de non-contre indication à la pratique du Basketball 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**.

A Le ____/____/____

Signature du Médecin : _____ Cachet : _____

Surclassement
(ne nécessitant pas un imprimé spécifique)

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

A Le ____/____/____

Signature du Médecin : _____ Cachet : _____

1 ^{ère} famille obligatoire (1 seul choix possible)	2 ^{ème} famille optionnelle (1 seul choix possible)	Catégorie	Niveau d'intervention
<input type="checkbox"/> Joueur - <input type="checkbox"/> Compétition - <input type="checkbox"/> Loisir - <input type="checkbox"/> Entreprise		<input type="checkbox"/> Senior ou <input type="checkbox"/> U ____	Niveau de pratique le plus élevé (obligatoire) :
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat	<input type="checkbox"/> Territoires : (Département - Région)
<input type="checkbox"/> Officiel	<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"/> Championnat de France
<input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Elu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Pro A Pro B Esp Pro A LFB

Pour tout licencié souhaitant évoluer en tant que « Joueur » : **obligation de cocher la case joueur en 1^{er} choix de famille**

Cadre réservé à la Commission de Qualifications compétente : Qualifié le : Type de licence attribuée :

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