



Attention

Majoration de 15 € sur prix des licences non enregistrées (dossier complet):
Avant le 28 août pour les seniors
Avant le 15 septembre pour les jeunes

DOSSIER D'INSCRIPTION

CMPJM INGRE BASKET

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

Vendredi 23 juin : 19h00 - 20h30

Mardi 5 septembre 18h00 - 20h30 / mercredi 6 septembre 18h00 - 20h30

Dimanche 10 septembre : 11h00 - 18h00 au forum des associations à la Coudraye

Mardi 12 septembre : 18h30 - 20h30 / Mercredi 13 septembre : 17h30 - 19h30

Jeudi 14 septembre : 17h30 - 19h30

Possibilité de régler en 1 fois (30/09/17), en 2 fois (30/09/17 et 30/11/17)

Ou 3 fois : (30 /09/17, 30/11/17 et 30/01/18)

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

Ou par mail : contact@ingre-basket.fr

INFORMATIONS INSCRIPTIONS LICENCES

SAISON 2017-2018

Tarifs des licences pour la saison 2017-2018 :

Catégorie	Année de naissance	Tarif licence	Licence + Option A	Licence + Option A + C	Licence + Option B	Licence + Option B + C
U20 / SENIORS	2000 et avant	130,00 €	132,98 €	133,48 €	138,63 €	139,13 €
U 17	2001-2002	120,00 €	122,98 €	123,48 €	128,63 €	129,13 €
U 15	2003-2004	110,00 €	112,98 €	113,48 €	118,63 €	119,13 €
U13	2005-2006	110,00 €	112,98 €	113,48 €	118,63 €	119,13 €
U11	2007-2008	100,00 €	102,98 €	103,48 €	108,63 €	109,13 €
U9	2009-2010	100,00 €	102,98 €	103,48 €	108,63 €	109,13 €
U7	2011-2012	100,00 €	102,98 €	103,48 €	108,63 €	109,13 €
DIRIGEANT/ NON JOUEUR / OFFICIEL		100,00 €	102,98 €	103,48 €	108,63 €	109,13 €

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 selon réponse questionnaire
- Le chèque de licence à l'ordre du CMPJM INGRE BASKET équivalent à la catégorie (Ou plusieurs chèques si règlement échelonné)
- La fiche de renseignement du licencié + taille du tee-shirt souhaitée
- Une photo d'identité récente obligatoire 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 + **certificat médical**
- Attestation d'assurance personnelle couvrant les activités sportives en club en cas de non souscription de l'assurance FFBB.



FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2017-2018 (à remplir très lisiblement)

IDENTIFICATION DU LICENCIÉ

Nom _____

Prénom : _____

Sexe : Masculin Féminin

Date de Naissance : ____/____/____

Adresse complète : _____

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

TAILLE DU TEE SHIRT 30ANS DU CLUB : 6/8 - 10/12 - 12/14 - XS - S-M-L-XL-XXL-XXXL
(Entourer la taille choisie)

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 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.

Je souhaite avoir une attestation du paiement de ma licence

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

**DEMANDE DE LICENCE:** **Création** **Renouvellement****Comité 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 : VIL VILLE* :
 TELEPHONE DOMICILE : P 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, 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 sport en compétition ou du basket en compétition*
- la pratique du sport ou du basket ou en loisir*.

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

PRATIQUE 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"/> 3x3 <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Entreprise	Technicien Officiel	<input type="checkbox"/> U Senior
		<input type="checkbox"/> Non diplômé Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> D Diplômé d'Etat	
<input type="checkbox"/> Technicien	Dirigeant	<input type="checkbox"/> Arbitre OTM Commissaire <input type="checkbox"/> Observateur Statisticien
Officiel		Elu Accompagnateur Salarié	
<input type="checkbox"/> Dirigeant			

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 : _____

*** CHARTE 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 ou en Championnat Qualificatif au Championnat de France

*Mentions obligatoires

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.

INFORMATION ASSURANCES :(Cocher **obligatoirement** les cases correspondant à vos choix)

JE SOUSSIGNÉ(E), le licencié ou son représentant légal, NOM : PRÉNOM :

Reconnais avoir reçu 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 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-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



QUESTIONNAIRE DE SANTE

(Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive)

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. DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
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"/>

NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

→ Pas de certificat médical à fournir. Simplet atteste, 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.

*** Le Questionnaire de santé est à conserver par le licencié (ou le club).**