



# DEMANDE DE LICENCE SENIORS

Vous souhaitez inscrire votre enfant au sein du SPCOC Basket, veuillez trouver ci-dessous la liste des documents à nous fournir au plus vite :

- **1 PHOTO D'IDENTITE** avec le nom et prénom au dos
- **PHOTOCOPIE** d'une **PIECE D'IDENTITE** (carte d'identité ou passeport ou livret de famille)
- **ATTESTATION D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE/INDIVIDUELLE** pour la saison
- **REGLEMENT** de la cotisation annuelle d'un montant de **170 €** en espèces ou par chèque à l'ordre du SPCOC Basket (si vous souhaitez une ASSURANCE, joindre un deuxième règlement du montant voulu ; si c'est un dossier en MUTATION, joindre un deuxième règlement de **100 €**, tarif en vigueur au sein du Spcoc Basket)

### A REMPLIR :

- 2 feuilles destinées à la FFBB (questionnaire médical + demande de licence)
- 2 feuilles destinées au club

### Indications pour remplir la demande de licence FFBB destiné au Comité Départemental :

Partie état civil à REMPLIR LISIBLEMENT et A SIGNER

Certificat médical à faire remplir par le médecin traitant pour tous

A faire remplir par le médecin traitant si surclassement nécessaire

Si vous souhaitez une assurance en plus de votre assurance responsabilité civile, choisir l'option souhaitée (à régler en + de la cotisation).  
 Si vous ne souhaitez pas d'assurance, cochez la case correspondante. **Dater et signer**  
 Notices d'information et résumé des garanties disponible sur notre site internet spcocabasket.fr

Dans certains cas, merci de fournir également :

- Pour les **étrangers ressortissants de la C.E.E** : Justificatif de nationalité (carte d'identité, passeport)
- Pour les **étrangers HORS C.E.E** : copie de la carte de séjour + justificatif de nationalité
- Pour les **mutations HORS DELAI** : certificat de scolarité, justificatif de domicile ou attestation d'hébergement.

**Les dossiers incomplets ne seront pas traités, ni relancés.**

Le SPCOC Basket offre deux séances d'essais. Au-delà, tout joueur n'ayant pas rendu ce dossier d'inscription complet ne sera pas accepté sur le terrain. Merci de votre compréhension.

## 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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<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"/>
<b>A ce jour</b>		
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.



DEMANDE DE LICENCE :  Création  Renouvellement  Mutation

Photo\*

(Format JPEG)

Nom du Club : SPCOC BASKET

N° Affiliation du Club : 1006033

N°CD : 06

**IDENTITE** (\*Mentions obligatoires)

N° DE LICENCE\*(si déjà licencié) :

SEXE\* : F:  M:

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

NOM\* : PRENOM\* : DATE DE NAISSANCE\*

LIEU DE NAISSANCE\* : PAYS : NATIONALITE\*(majeurs uniquement) :

ADRESSE : CODE POSTAL : VILLE\*

TELEPHONE DOMICILE PORTABLE : EMAIL\*

- J'autorise les partenaires de la FFBB à m'envoyer, par courriel, des offres commerciales.  
 Je refuse que la Fédération conserve ma photographie au-delà de la saison sportive en cours.

FAIT LE : certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus Signature obligatoire du licencié ou de son représentant légal : Cachet et signature du Président du club :

**CERTIFICAT MEDICAL** (à remplir par le médecin - \*Rayer la mention inutile)

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 basket en compétition ou du sport en compétition\*  
 - la pratique du basket ou du sport\*.

FAIT LE A Cachet :  
 Signature du médecin :

**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 Cachet :  
 Signature du médecin :

**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 (cerfa N°15699\*01 joint à la demande) 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 :

**PRATIQUE SPORTIVE BASKET** (type de licence souhaitée) :

1 <sup>ère</sup> famille*	Catégorie	2 <sup>ème</sup> famille (optionnelle)	Niveau de jeu*
<input checked="" type="checkbox"/> Joueur <input checked="" type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Vivre Ensemble	<input checked="" type="checkbox"/> U..... <input type="checkbox"/> Senior		
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat	<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Dirigeant	D
<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 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  Pré-Nationale

\*Mentions obligatoires

**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](http://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'ADHESIONS DUMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR**



## FICHE DE RENSEIGNEMENT CLUB

### Equipe SENIORS

Nom et Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone portable: .....

Adresse **MAIL OBLIGATOIRE et en majuscule LISIBLE** : .....

Remarques (santé, lunettes, lentilles de contact etc...) : .....

### Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom et Prénom : .....

Liens de parenté (ex : conjoint, parent ect...): .....

N° de téléphone : .....

## AUTORISATIONS et DECHARGE

Je soussigné(e) .....

autorise

n'autorise pas

en cas d'accident, mon transfert à l'hôpital par un service d'urgence (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, si nécessaire, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie.

Médecin traitant et n° de téléphone : .....

autorise

n'autorise pas

le SPCOC Basket à publier des photos où j'apparais, prises en match, à l'entraînement ou en tournoi sur :

- la page Facebook du club « spcocabasket l'officielle »
- le site internet du club : spcocabasket.fr.
- la newsletter du SIJES
- Nice-Matin ou autre support médiatique

Ces photos auront pour but de valoriser les équipes, leurs performances et la vie du club.

Je décharge le SPCOC Basket de toute responsabilité en cas de perte d'objets, de vêtements etc... oubliés à l'entraînement ou en match au gymnase, à la Guerinière ou en déplacement à l'extérieur.

Date :

Signature :



**Etant licencié du SPCOC Basket, je m'engage à respecter ces règles de vie pour le bon fonctionnement de mes entraînements et de mes rencontres**

1. Arriver à l'heure sur le terrain aux entraînements comme en matches
2. Etre présent le plus possible
3. Prévenir dès que possible de votre absence à l'entraînement ou en match
4. Respecter le matériel mis à votre disposition
5. Respecter ses entraîneurs, ses co-équipiers et les arbitres

## **IMPORTANT**

- **Le transport pour les matches à l'extérieur n'est pas assuré par le club, il doit se faire en voiture personnelle.**
- **Le Comité Départemental Basket du 06 impose à chaque club d'avoir un licencié de chaque club à la table de marque à chaque rencontre. Chaque joueur devra prendre part à cet exercice. Une formation « table de marque » est régulièrement proposée par le club.**
- **Les convocations pour les rencontres sont envoyées par EMAIL ou SMS par l'entraîneur.**  
**Attention : fournir obligatoirement une adresse mail ainsi qu'un numéro de téléphone lisible et valide !**
- **Toutes amendes prises en matches sont à la charge du joueur concerné.**
- **Le tableau d'affichage** situé dans le hall du gymnase, vous informe sur la vie du club avec notamment le planning des rencontres à la semaine, les infos utiles, les stages, les événements etc...
- **Le site internet du club : « [spcodbasket.fr](http://spcodbasket.fr) » ainsi que notre page facebook : « [spcodbasket l'officielle](https://www.facebook.com/spcodbasket) » vous fourniront aussi une multitude d'information.**
- **Le règlement intérieur du club** ainsi que **toutes les chartres** sont à respecter rigoureusement. Ces documents sont affichés sur le tableau d'affichage dans le gymnase et disponible sur notre site internet. **Tout manquement à ces règles entraînera la radiation définitive du club.**

**« J'ai pris connaissance et compris le contenu de ce document. Je m'engage à respecter le règlement intérieur du club ainsi que toutes les chartres pour participer à la bonne vie du SPCOC Basket »**

Nom / Prénom :

Date :

Signature :