DEMANDE DE LICENCE Renouvellement / Mutation

Comité départemental de : ALPES MARITIMES

Nom du Groupement sportif : UNION SPORTIVE SOPHIA BASKET (USSB)

N° 1 0 0 6 0 3 5

Niveau de pratique (le plus élevé) : REGION

N° de licence : ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

NOM : ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Prénom : ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

Nationalité : .....

Sexe : F ☐ M ☐ Taille : ……...

Adresse : .....

Code postal : ___ ___ ___ ___ ___

Ville : .....

Téléphone : * ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
* (facultatif)

E-mail : .....

Sollicite **une mutation, le renouvellement (1)** de ma licence pour le club ci-dessus désigné. (1) (rayer les mentions inutiles)

Je certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus et déclare expressément avoir connaissance de la reconduction tacite de mon option d'assurance « Individuelle Accident » telle que souscrite par mes soins initialement. Je reconnais par ailleurs avoir été clairement informé(e) des garanties d'assurance proposées et de ma possibilité de demander la modification de cette option.

A : ..... le: .....

Signature obligatoire du licencié
ou du tuteur légal

Tampon du club et signature du Président (obligatoires)

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

Je soussigné,

Docteur.....

certifie avoir examiné

Mr/Mme/Melle : .....

et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre-indiquant la pratique du Basketball en compétition.

Taille : …….

A : ..... le : .....

Cachet Signature du Médecin :

Non joueur ☐

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 : .....

Cachet Signature du Médecin :

Réservé à la Commission des qualifications compétente

Qualifié le : .....

Tampon Commission Qualification

Type de licence attribué : .....