



Comité départemental de : VAL DE MARNE
Groupement sportif : SEER CHOISY LE ROI
N° 19 94 1027

DEMANDE DE LICENCE

N° de licence :

NOM :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Nationalité : Sexe :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Nous vous rappelons que le renouvellement de votre licence implique le renouvellement automatique de votre option d'assurance. Si vous souhaitez la modifier, veuillez remplir la partie basse du formulaire de création de licence (trityque - partie assurance). Tout changement d'assurance en cours de saison (après qualification) doit faire l'objet d'une demande à votre Comité Départemental.

Sollicite une mutation, le renouvellement (1) de ma licence pour le club ci-dessus désigné.

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 **Réserve au CD** compétition.

Taille :

A : le :

Cachet

Signature du Médecin :

(1) rayer la mention inutile

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 :

Qualifié le :

Tampon CD

Type de licence :