

Autorisation parentale pour les mineurs

Je soussigné(e) Madame, Monsieur,

Autorise mon enfant :

- A participer aux compétitions auxquelles il peut être appelé et éventuellement à être transporté dans la voiture particulière d'un dirigeant ou d'un parent d'un membre de l'association.
- En cas d'accident, j'autorise mon enfant à recevoir tous les soins nécessaires à son état et qu'il soit éventuellement hospitalisé.
- J'autorise mon enfant à quitter seul le lieu d'entraînement ou de la compétition et cela sous ma responsabilité. OUI NON

Ou à partir avec Madame ou Monsieur

Portable : Téléphone :

- De plus, je décharge les dirigeants de la section basketball de l'Union Sportive Villenauxe-la-Grande de toute responsabilité, en dehors des horaires d'entraînements, des lieux mêmes de l'entraînement ou de compétition.

En faisant adhérer mon enfant, je m'engage :

A respecter les statuts de l'Union Sportive Villenauxe-la-Grande et le règlement intérieur de la section basketball.

Fait à le Signature du responsable légal :

Droit à l'image

Je soussigné(e) Monsieur, madame, autorise, pendant la saison 2019/2020, la prise d'une ou plusieurs photographie(s) de mon enfant lors des séances d'entraînement ou des compétitions ainsi que la publication de ces photographies dans la presse ou dans un but non-commercial lié directement aux activités de l'Union Sportive Villenauxe-la-Grande Basketball et note que cette publication ne donne pas droit à rémunération.

Fait à le Signature du responsable légal :



Nom :

Prénom :

Nouvelle adhésion Mutation Renouvellement

Catégories

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| U7 (2013 et après) | <input type="checkbox"/> | U18 / U20 (2000 à 2002) | <input type="checkbox"/> |
| U9 (2011 et 2012) | <input type="checkbox"/> | Etudiants (1999 et avant) | <input type="checkbox"/> |
| U11 (2009 et 2010) | <input type="checkbox"/> | Seniors (1999 et avant) | <input type="checkbox"/> |
| U13 (2007 et 2008) | <input type="checkbox"/> | Basket Loisir Senior (2002 et avant) | <input type="checkbox"/> |
| U15 (2005 et 2006) | <input type="checkbox"/> | Dirigeant | <input type="checkbox"/> |
| U17 (2003 et 2004) | <input type="checkbox"/> | Coach / Entraîneur | <input type="checkbox"/> |

UNION SPORTIVE VILLENAUXE BASKETBALL

Siège social : Salle Prieur-Vignot, 65 rue du Perrey - 10370 Villenauxe-la-Grande

06.88.38.53.86 ou 06.40.43.05.62

anne.usvbasket@hotmail.fr correspondant@usvbasket.fr

Vous pouvez nous suivre sur Facebook ou via notre site internet.



USV Basket – Union Sportive Villenauxe



www.usvbasket.fr

Documents à fournir lors de l'inscription

Dossier ci-joint dûment rempli



Une photo d'identité récente (si possible fichier JPG, JPEG, PNG ou GIF)



La fiche FFBB de demande de licence avec certificat médical inclus



Le règlement de la cotisation (Espèces ou chèque à l'ordre de l'USV Basketball)



Une photocopie de la carte d'identité (Si création de licence de joueur majeur)



Catégories	Date de naissance	Cotisation 2019/2020	Modes de paiement		
			Chèque (Possibilité de payer en 2 fois)	Espèces	Actif+ (CAF) ou MSA
NOUVEAUTÉ Remise de 10€ sur la licence d'un 2ème enfant d'une même famille					
U7	2013 et après	60€			
U9	2011 et 2012	70€			
U11	2009 et 2010	90€			
U13	2007 et 2008	60€ *			
U15	2005 et 2006	60€ *			
U17	2003 et 2004	60€ *			
U18 / U20	2000 à 2002	100€			
U18 à U20 : Surclassement obligatoire pour jouer avec les Seniors					
Etudiants (Sur justificatif)	1999 et avant	100€			
Seniors filles	1999 et avant	120€			
Seniors garçons	1999 et avant	130€			
Basket Loisir	2004 et avant	60€			
Coach Entraîneur	-	65€			
Dirigeant	-	45€			
En cas de mutation : Frais de 60€ à la charge du licencié					



* Un supplément de 40€ sera demandé si engagement en championnat U13 - U15 - U17
Les bons Actif+ et MSA ne doivent pas couvrir plus de 80% du coût de la cotisation.

UNION SPORTIVE VILLENAUXE BASKETBALL

SAISON 2019 / 2020

Merci de bien remplir cette fiche en cas d'urgence !!!

Nom : Prénom :

Date de naissance : Catégorie :

Coordonnées du licencié ou des parents pour les mineurs

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

📞 Portable : 🏠 Domicile :

☎ Travail :

E-mail :

Coordonnées de l'autre parent (en cas de séparation)

Nom : Prénom :

📞 Portable : 🏠 Domicile :

☎ Domicile :

E-mail :



L'USV Basketball autorise 3 séances d'essais gratuites. Passé ce délai, vous devrez être en mesure de fournir toutes les pièces nécessaires à l'inscription. Aucune licence ne sera enregistrée sans le PAIEMENT et sans la TOTALITE des documents demandés.



DEMANDE DE LICENCE :

 Création Renouvellement Mutation

Photo*

(Format JPEG)

Nom du Club :

N° Affiliation du Club :

N°CD :

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 :/...../..... Je 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

Signature du médecin :

Cachet :

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

Signature du médecin :

Cachet :

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 ^{ère} famille*	Catégorie	2 ^{nde} famille (optionnelle)	Niveau de jeu*
Joueur <input type="checkbox"/> Compétition <input type="checkbox"/> Loisir <input type="checkbox"/> Vivre Ensemble	<input type="checkbox"/> U..... <input type="checkbox"/> Senior	<input type="checkbox"/> Technicien <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Dirigeant
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat		
<input type="checkbox"/> Officiel	<input type="checkbox"/> Arbitre 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, 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



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
Durant les 12 derniers mois		
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"/>
<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.