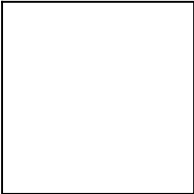




Comité départemental du :Finistère.....

Groupement sportif :

N° 0 7 | 2 9 | | |



DEMANDE DE LICENCE

N° de licence : | | | | | | | |

NOM : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Prénom : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom de jeune fille :

Date de naissance : | | | | | | | | | | | | | |

Nationalité : Sexe :

Adresse :

.....

Code postal : | | | | | | | |

Ville :

Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | |

E-mail :

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)

(1) Entourez votre choix

**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 au CD

Qualifié le :

Tampon CD

Type de licence :