



Comité Départemental de la Loire
Groupement Sportif BASKET CLUB de RIORGES
 N° 16 42 133

Saison
2010
2011

DEMANDE DE LICENCE

N° de licence

Nom

Prénom

Nom de jeune fille

Date de Naissance

Nationalité Sexe

Adresse

Code postal Ville

Téléphone* Courriel*

Sollicite le Renouvellement ou la Mutation de ma Licence (1) pour le Club ci-dessus désigné.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus et déclare expressément avoir connaissance 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.

Catégorie

Non Joueur Entraîneur (avec Certificat Médical)

Non Joueur Non Entraîneur (sans Certificat Médical)

A..... le.....

Signature obligatoire
 Licencié ou Tuteur
 Légal

Cachet du Club et
 Signature de Président
 Basket Club
 (Obligatoires)
 Riorges
 Féminin
 439 av. Galliéni - 42153 RIORGES

(1) Rayer la mention inutile
 * Facultatifs

Certificat annuel de non contre-indication
à la pratique du Basket-Ball en compétition

Je soussigné Docteur
 certifie avoir examiné
 Mr/Mme/Mlle.....

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

Taille (Mention obligatoire)
 A le

Cachet **Signature du Médecin**

Surclassement

(ne nécessitant pas un imprimé spécifique)
 Mr/Mme/Mlle :..... peut pratiquer le Basket dans la catégorie immédiatement supérieure dans le respect de la réglementation en vigueur au sein de la FFBB.

A..... le.....

Cachet **Signature du Médecin**

Cadre Réserve au Comité Départemental

Date de Qualification
(Tampon CD)