



DEMANDE DE PRATIQUE VxE - HSC 2026/2027

(Document à adresser au Comité Départemental du club pour la pratique du Vivre ensemble)

JE SUIS (*Mentions obligatoires)

Nom* :

Prénom* :

Date de naissance*/...../.....

N° de licence* :

Je suis titulaire du socle de la licence FFBB pour la saison en cours *

ET (cocher une des deux options ci-dessous) *

Je suis titulaire d'une extension de pratique et dispose de l'aptitude médicale requise (hors extension joueur compétition qui permet déjà la pratique VxE)

OU

Je ne suis pas titulaire d'une extension de pratique et ne dispose pas de l'aptitude médicale requise

JE SOUHAITE* (cocher les cases correspondantes- *mentions obligatoires)

Pratiquer le Vivre Ensemble auprès d'un autre groupement sportif que mon club d'origine :

Motif de la demande

Groupement sportif principal non labellisé *

Pratique Vivre Ensemble souhaitée non proposée par le groupement sportif principal *

CLUB PRINCIPAL :

N° Informatique* :

Pratique(s) Vivre Ensemble sollicitée(s) auprès du club d'accueil*

Basket Santé

Basket Inclusif (à partir de 5 ans)

BaskeTonik (à partir de 13 ans)

BaskeTonik forme (à partir de 15 ans)

CLUB DE PRATIQUE VIVRE ENSEMBLE :

N° Informatique* :

QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE

(À cocher par le licencié mineur uniquement°

OU

(À cocher par le licencié majeur uniquement)

J'atteste par la présente que chacune des rubriques du questionnaire relatif à l'état de santé (joint à la demande) a donné lieu à une réponse négative et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entraînera obligatoirement la production d'un nouveau certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport et/ou du Basket, y compris en compétition, datant de moins de 6 mois.

FAIT LE/...../.....

A

Signature obligatoire du représentant légal
(pour le licencié mineur) :

Signature obligatoire du licencié majeur :

Obligation de joindre à la demande l'aptitude médicale requise (certificat médical ou date attestation du questionnaire de santé)

CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin - *cocher la case correspondante)

Je soussigné, Docteur certifie avoir examiné ce jour M./Mme et n'avoir décelé aucun contre-indication apparente :

Pour la pratique du Vivre Ensemble :

* la pratique du basket ou du sport (pratique non compétitive – Vivre Ensemble)

FAIT LE/...../..... A

Signature du médecin :

Cachet :

JE M'ASSURE : (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° AU521387 / GENERALI), Assistance Rapatriement (Contrat n°58225248/ Europe Assistance) et Responsabilité Civile (Contrat n°AU475958 / GENERALI) consultables, téléchargeables, imprimables ci-après et 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 HELMETT SPORT. Et reconnais avoir reçu l'information relative à mes possibilités et à mon intérêt à souscrire aux garanties Individuelles Accident auprès de HELMETT SPORT ou l'assureur de mon choix pour les éventuels dommages corporels que je peux subir du fait de la pratique du Basket-Ball

Souhaite souscrire à l'une des formules Individuelle Accident et coche la case correspondant à la formule choisie :

- Formule A, cotisation : 2,09 euros TTC (1)
 - Formule B, cotisation : 6,39 euros TTC (1)
 - Formule complémentaire C (cotisation : 0,50 euros TTC), en complément de la formule A, soit un total de 2,59 euros TTC (= A+)
 - Formule complémentaire C (cotisation : 0,50 euros TTC), en complément de la formule B, soit un total de 6,89 euros TTC (= B+)
- (1) Aucune cotisation à acquitter au titre des formules A et B dans le cadre de la pratique du « Micro-Basket » ou « Vivre Ensemble ».

Ne souhaite pas souscrire aux garanties individuelles Accident proposées (N)

Reconnais avoir reçu l'information relative à mes possibilités et de mon intérêt à souscrire à ces garanties Individuelle Accident auprès de HELMETT SPORT ou l'assureur de mon choix 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'ADHÉSIONS DUMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR

ENGAGEMENT :

Je reconnais avoir pris connaissances des mentions sur la protection de mes données personnelles lors de ma prise de licence et disponible sur le site Internet de la FFBB.

Je joins le cas échéant, l'aptitude médicale requise (Certificat Médical ou date attestation du questionnaire de santé).

Fait le : A :

Signature du licencié ou
de son représentant légal :

Veuillez consulter l'intégralité des mentions pour la protection de vos données personnelles disponible en Annexe