



Comité départemental de :

Groupement sportif :

N°

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

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

A : le :

Signature obligatoire du licencié
ou du tuteur légal

Tampon du club et signature du
Président (obligatoires)

*facultatif

(1) rayer les mentions inutiles

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 :