

DOSSIER D'INSCRIPTION



NOM :

PRENOM :

EQUIPE :



Madame, Monsieur,

Vous avez choisi d'inscrire ou de réinscrire votre enfant au club de basket de l'ABPR17 et nous vous en remercions.

Vous trouverez ci-dessous les formulaires à remplir

- Une photo d'identité
- Un formulaire de droit à l'image pour les mineurs
- Une fiche de renseignements parents
- Une fiche de renseignements joueurs
- Un règlement intérieur qui doit être signé
- Le règlement de la licence qui peut être fait en plusieurs chèques (maximum 4) à l'ordre de l'ABPR17
- Une demande de licence complétée pour la partie de gauche par vous, et la partie de droite doit être complétée par le médecin.

Nous enregistrerons la licence, uniquement si le dossier est complet.

Cordialement, le bureau



ATLANTIQUE BASKET

PAYS ROCHELAIS 17

SAISON 2015 - 2016

AUTORISATION AU DROIT A L'IMAGE

Nom et prénom du licencié mineur : _____

Date de naissance : _____

Catégorie : _____

PARENT (S) :

Monsieur _____ Père Tuteur

Madame _____ Mère Tutrice

autorisent l'Atlantique Basket Pays Rochelais 17 à laisser photographier ou filmer l'enfant

_____ durant les activités de basket (entraînements, matches, stages, goûters, animations diverses) et ceci à des fins d'exposition, presse écrite et/ou télévisée, brochures papier et publications internet.

Date et signature du (des) parent (s)

Adresse postale : Atlantique Basket Pays Rochelais 17 - La Pinelière - 17137 L'HOUMEAU

Siège social : Atlantique Basket Pays Rochelais 17 - Rue des Fleurs - 17138 PUILBOREAU

Association Loi 1901 - N°Siret : 802 855 676 00010



FICHE DE RENSEIGNEMENTS PARENTS

Nom :

Prénom :

Nom et Prénom de l'enfant :

Adresse :

Profession des parents :

Téléphone :

Adresse Mail:

DESIREZ VOUS PARTICIPER A LA VIE DU CLUB DE VOTRE ENFANT : OUI - NON

Si oui, merci de compléter ci-dessous dans quel(s) domaine (s) vous souhaitez vous investir (rayer les mentions inutiles)

- TENIR LA BUVETTE
- FAIRE LA TABLE DE MARQUE (après formation donnée par le club)
- AUTRE, précisez :

Merci de nous retourner ce document avec le dossier d'inscription de votre enfant.

LA VIE D'UN CLUB, C'EST L'AFFAIRE DE TOUTES ET TOUS, MERCI DE VOTRE AIDE



FICHE RENSEIGNEMENT JOUEUR

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone fixe + portable :

Adresse Mail :

Personne à prévenir en cas d'accident :

Nom

Prénom

Numéro de téléphone :

Vers quel centre de soins désirez-vous que votre enfant soit dirigé ?

- | | | | |
|------------|-----|-----|-------------------|
| - Hôpital | oui | non | |
| - Clinique | oui | non | si oui laquelle ? |

Je soussigné Nom :

Prénom :

- Autorise les responsables de l'encadrement à apporter les premiers soins nécessaires en cas de blessures de mon enfant.
- Autorise mon ou mes enfants à être transporté à l'occasion de toutes manifestations relatives à la pratique du basket ball.
- Déclare n'entreprendre aucune poursuite à l'encontre de l'association ABPR17.

« Lu et approuvé »

Date :

Signature :



REGLEMENT INTERIEUR

1 : Dans le cadre de la charte du joueur, nous vous demandons d'accompagner votre enfant à l'intérieur du gymnase, de bien vérifier que l'entraîneur est présent et de venir le récupérer à l'intérieur en prévenant l'entraîneur de votre départ.

2 : Respecter l'ensemble des acteurs c'est :

- Ponctualité et assiduité aux entraînements
- Respecter les décisions de l'entraîneur concernant le choix du niveau de l'équipe où évolue votre enfant.
- Laisser l'entraîneur donner seul les consignes pendant les matchs
- Respecter les adversaires et les décisions de l'arbitre sans lui pas de match et comme moi, il peut se tromper
- Encourager vos enfants dans toutes les situations de match. Votre enfant a besoin de votre appui pour s'épanouir.
- Solidarité dans l'équipe de son enfant, Fair Play et Politesse.

3 : Pour les matchs en extérieur, nous vous demanderons de bien vouloir accompagner deux ou trois fois dans la saison. Chaque entraîneur vous remettra le planning des matchs avec l'organisation pour les déplacements. Si vous avez un empêchement, à vous de vous faire remplacer par un autre parent.

4 : A la fin des matchs à domicile et au retour des matchs à l'extérieur ainsi qu'à la fin des entraînements, votre enfant est sous votre responsabilité, merci de bien vouloir le récupérer aux horaires prévus.

5 : Chaque licencié ou ses parents pour les plus jeunes sera désigné trois ou quatre fois dans la saison pour venir aider à arbitrer, tenir la table ou la buvette afin de contribuer à la vie du club.

6 : Le club de l'ABPR17 dégage toutes responsabilités concernant les vols, perte d'objets dans les différents gymnases utilisés.

7 : Concernant les fautes techniques, chaque licencié devra s'acquitter du montant fixé par la ligue ou par le comité départemental selon le championnat.



DEMANDE DE LICENCE

Création Renouvellement Mutation

Photo

Comité Départemental de
Nom du groupement sportif

N ° club

N° de licence (si déjà licencié)

NOM*

Nom de jeune fille

Prénom

Date de naissance Sexe : F M

Nationalité Taille

Adresse

Code postal

Ville

Téléphone fixe

Téléphone portable

E.mail

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

Date

Signature obligatoire du licencié
ou de son représentant légal :

Tampon et signature
du Président du club :

* Ou nom d'usage

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

Je soussigné, Docteur
certifie avoir examiné M / Mme / Melle
et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre-
indiquant la pratique du Basket-ball **en compétition**.

A Le ___/___/___

Signature du Médecin : Cachet :

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 ___/___/___

Signature du Médecin : Cachet :

1 ^{ère} famille obligatoire (1 seul choix possible)	2 ^{ème} famille optionnelle (1 seul choix possible)	Catégorie	Niveau d'intervention
<input type="checkbox"/> Joueur - <input type="checkbox"/> Compétition - <input type="checkbox"/> Loisir - <input type="checkbox"/> Entreprise		<input type="checkbox"/> Senior ou <input type="checkbox"/> U___	Niveau de pratique le plus élevé (obligatoire) :
<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Technicien	<input type="checkbox"/> Non diplômé <input type="checkbox"/> Diplômé Fédéral <input type="checkbox"/> Diplômé d'Etat	<input type="checkbox"/> Territoires : (Département - Région)
<input type="checkbox"/> Officiel	<input type="checkbox"/> Officiel	<input type="checkbox"/> Arbitre <input type="checkbox"/> OTM <input type="checkbox"/> Commissaire <input type="checkbox"/> Observateur <input type="checkbox"/> Statisticien	<input type="checkbox"/> Championnat de France
<input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Dirigeant	<input type="checkbox"/> Elu <input type="checkbox"/> Accompagnateur <input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Pro A Pro B Esp Pro A LFB

Pour tout licencié souhaitant évoluer en tant que « Joueur » : **obligation de cocher la case joueur en 1^{er} choix de famille**

Cadre réservé à la Commission de Qualifications compétente : Qualifié le : Type de licence attribuée :

INFORMATION ASSURANCES :

(Cocher **obligatoirement** les cases correspondant à vos choix)

JE SOUSSIGNÉ(E), le licencié ou son représentant légal, NOM : PRÉNOM :

Reconnais avoir reçu le résumé des garanties (Contrat AIG 4.091.578 ci-annexé et consultable sur www.ffbb.com), conformément à L141-4 du code des Assurances, et avoir pris connaissance des garanties Responsabilité Civile incluses automatiquement en prenant ma licence ainsi que des garanties Individuelles complémentaires proposées par AIG, et :

- souhaite souscrire à l'option A, au prix de 3,70 euros TTC.
ou souhaite souscrire à l'option B, au prix de 9,50 euros TTC.
ou souhaite souscrire à l'option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option A, soit un total de 4,20 €TTC (= A+).
ou souhaite souscrire à l'option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option B, soit un total de 10 €TTC (= B+).
ou ne souhaite pas souscrire aux garanties individuelles complémentaires proposées (= N)

Reconnais par ailleurs 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

Signature de l'Assureur

Fait à

le ___/___/___

Signature de l'Adhérent ou de son représentant légal) :

« Lu et approuvé »

En cas de Décès de l'Assuré, le bénéficiaire est, sauf stipulation contraire adressée par l'ASSURÉ ou le Souscripteur au moyen d'une disposition écrite et signée, le conjoint survivant de l'Assuré, non séparé de corps, ni divorcé, à défaut les enfants légitimes reconnus ou adoptifs de l'Assuré, à défaut les ayants droit légaux, concubins ou pacsés. Si l'Assuré est mineur, les bénéficiaires sont les ayants droit légaux. Pour toutes les autres garanties le bénéficiaire est l'Assuré lui-même.

SEULES LES DEMANDES D'ADHÉSIONS DUMENT COMPLÉTÉES, DATÉES, SIGNÉES ET ACCOMPAGNÉES DU RÉGLEMENT CORRESPONDANT SERONT PRISES EN COMPTE PAR L'ASSUREUR