

FICHE DE RENSEIGNEMENTS



ÉTAT DE LA LICENCE

Merci de remplir l'ensemble des champs ci-dessous

Renouvellement Création d'une 1ère licence Mutation (quitter son ancien club pour intégrer le FCBA)

Nombres d'années de pratique : _____

IDENTITÉ DU LICENCIÉ :

Merci de remplir l'ensemble des champs ci-dessous

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : F M

Catégorie :

2020/2019 - **Micro** 2018/2017 - **U7** 2016/2015 - **U9** 2014/2013 - **U11** 2012/2011 - **U13**
 2010/2009 - **U15** 2008/2007/2006 - **U18** 2005/2004 - **U20** 2003 et avant - **Séniors**

Type de pratique :

Compétition Loisirs Basket Santé Basket Tonic Basket Inclusif E-sport
 Dirigeant Bénévole Officiel (arbitrage, table de marque)

Objectif de la pratique :

Apprentissage Performance Loisirs S'amuser S'impliquer Donner de son temps

SI LICENCIÉ(E) MAJEUR(E) :

Téléphone : _____ Mail : _____

Profession : _____ Entreprise : _____

OU Etablissement scolaire / université fréquenté : _____

Je souhaite participer à la vie du club : Souvent Parfois Jamais

Aide éventuelle :

Transports Goûter Administratif Organisationnel Encadrement Arbitrage
 Table de marque Logistique

Plages disponibles : En semaine Le week-end Vacances scolaires

SI LICENCIÉ(E) NIMEUR(E) :

N° CODE PASSPORT : _____

Je souhaite participer à la vie du club : Souvent Parfois Jamais

Aide éventuelle :

Arbitrage Table de marque Logistique Animation

PARENT 1

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP + Ville : _____

Profession : _____

N° Portable : ____ - ____ - ____ - ____ - ____ *

Email : _____ *

*J'accepte de recevoir l'ensemble des informations des
Flammes Carolo Basket Ardennes*

Je souhaite participer à la vie du club :

Souvent Parfois Jamais

Aide éventuelle :

Transports Goûter Administratif
 Organisationnel Encadrement
 Arbitrage Table de marque Logistique

Plages disponibles :

En semaine Le week-end Vacances
scolaires

PARENT 2

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP + Ville : _____

Profession : _____

N° Portable : ____ - ____ - ____ - ____ - ____ *

Email : _____ *

*J'accepte de recevoir l'ensemble des informations des
Flammes Carolo Basket Ardennes*

Je souhaite participer à la vie du club :

Souvent Parfois Jamais

Aide éventuelle :

Transports Goûter Administratif
 Organisationnel Encadrement
 Arbitrage Table de marque Logistique

Plages disponibles :

En semaine Le week-end Vacances
scolaires

** informations obligatoires au minimum pour un des deux parents*

DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e)..... licencié(e), ou responsable légal de
..... autorise l'association FLAMMES CAROLO BASKET ARDENNES à capter et utiliser les photographies et vidéos sur lesquelles je figure, ou figure l'enfant concerné, à des fins de communication et de promotion des activités et de l'image du club.

Date : ____/____/____

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

AUTORISATION RESPONSABLE LÉGAL :

Je soussigné(e).....responsable légal du licencié(e) désigné(e) ci-dessus,

- Autorise / N'autorise pas

en cas d'urgence, les responsables ou entraîneurs des Flammes Carolo Basket Ardennes à entreprendre les démarches médicales nécessaires en fonction de l'état de santé de mon enfant ainsi qu'à faire pratiquer, par un professionnel de santé, les soins pouvant être impératif en fonction de l'état de santé de mon enfant.

- Autorise / N'autorise pas

mon enfant à effectuer seul les trajets pour rejoindre le domicile familial au terme des activités auquel il/ elle participe au sein de l'association (entraînements, matchs, animations, manifestations etc).

- Autorise / N'autorise pas

mon enfant à quitter le lieu de l'activité avec une autre personne que les responsables légaux tout au long de la saison sportive. Départ possible avec la personne citée ci-après :

- Autorise / N'autorise pas

les entraîneurs des Flammes Carolo Basket Ardennes à accompagner et conseiller mon enfant avec pédagogie, ludique et rigueur, dans un cadre d'apprentissage et/ou de perfectionnement de la pratique Basket.

- Autorise / N'autorise pas

le transport de mon enfant dans un véhicule particulier ou de transport en commun proposé par le club, par toute personne mandatée par l'encadrement du club FCBA ou volontaire (parent aidant).

INFORMATIONS MÉDICALES À PRÉCISER SI NÉCESSAIRE :

→ TRAITEMENT MÉDICAL SPÉCIFIQUE À COMMUNIQUÉ DANS LE CADRE D'UNE PRATIQUE SPORTIVE (allergie, asthme, crise, trouble du neurodéveloppement TC - TSA, etc) :

→ Si OUI, PRÉCISEZ-LA (LES) PRÉCAUTIONS À COMMUNIQUER À L'ENCADREMENT :

→ AUTRES PRÉCISIONS OU RECOMMANDATIONS

PERSONNE(S) À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE (SI DIFFÉRENTE(S) DES PARENTS)

NOM : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

N° téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____ ou ____ - ____ - ____ - ____ - ____

CODE DE FONCTIONNEMENT DU PRATIQUANT FCBA :

Je soussigné(e) (nom, prénom)
responsable légal de l'enfant.....
adhérent(e) au club des Flammes Carolo Basket Ardennes certifie avoir pris connaissance du Code de Fonctionnement du Praticant FCBA (consultable et téléchargeable tout au long de la saison sur le site internet du club, rubrique Association) et m'engage à la respecter.

À..... Le.....

Signature du (de la) pratiquant(e) (responsables légaux pour les mineurs) :

Précédé de la mention « lu et approuvé »

LES ENGAGEMENTS MUTUELS LICENCIÉS/PARENTS/ENCADREMENT/CLUB

Je soussigné(e) (nom, prénom)
responsable légal de l'enfant.....
adhérent(e) au club des Flammes Carolo Basket Ardennes certifie avoir pris connaissance des Engagements mutuels licenciés/parents/encadrement/Club (consultable et téléchargeable tout au long de la saison sur le site internet du club, rubrique Association) et m'engage à la respecter.

À..... Le.....

Signature du (de la) pratiquant(e) (responsables légaux pour les mineurs) :

Précédé de la mention « lu et approuvé »

RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES (RGPD)

Le club des Flammes Carolo Basket Ardennes s'engage à protéger et sécuriser vos données personnelles. Conformément à la réglementation en vigueur, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification et de suppression ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort des données personnelles après la mort. Vous disposez également d'un droit à la portabilité de vos données ainsi que d'un droit à la limitation du traitement dans certains cas précis visés par le règlement européen n°2016/670 (RGPD)

FICHE MÉDICALE

Vous avez 18 ans ou plus :

- ▶ 1ère licence ou reprise de licence après un arrêt : **Certificat médical de moins d'un an est OBLIGATOIRE**
- ▶ Renouvellement de licence : **Certificat médical OBLIGATOIRE tous les 3ans** (3 saisons sportives consécutives dans le même club)



Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.