



INSCRIPTION

VOUS VOUS INSCRIVEZ EN TANT QUE :

- Scolaire
- Etudiant [28 ans maximum à la date de l'inscription]
- Actif
- Bienfaiteur | Honoraires
- Dirigeant | Entraîneur

Adhésion 2016 | 2017

1^{er} septembre 2016 au 31 août 2017

1^{ère} adhésion Renouvellement

L'INSCRIPTION COMPREND : La cotisation omnisport [40 €] - la cotisation section - la licence fédérale

CHOIX DU SPORT

BASKET

TARIF DU SPORT

Scolaire : 235 €
 Universitaire : 225 €
 Actif : 250€

Si déjà licencié, n° de licence

IMPORTANT :

LOISIR | COMPETITION

Barrer la mention inutile

MODE de REGLEMENT :

- Espèces
- Chèque bancaire
- Carte Bancaire
- CAF Ticket loisir - Montant :
- R'éduc-Sport
- Comité d'entreprise Montant
- Coupon Sport

LE CERTIFICAT MEDICAL DOIT PRECISER QUE VOUS ÊTES APTE A LA PRATIQUE DU BASKET
IL EST OBLIGATOIRE ET DOIT ETRE REMIS LE JOUR DE L'INSCRIPTION

NOM : PRENOM : Sexe : F - M

Date de naissance : Nationalité :

Adresse :

Adresse suite :

Code Postal : Ville :

Fixe : Portable : Tél Professionnel

Adresse E-mail : [en majuscule svp] @

POUR LES MINEURS : Mention manuscrite * du représentant légal autorisant la pratique du sport choisi.

Nom du Père Fixe Portable..... Tél Professionnel

Nom de la Mère Fixe Portable..... Tél Professionnel

- J'accepte que mes coordonnées soient diffusées aux partenaires du PUC : OUI NON
- J'autorise le PUC à photographier ou filmer mon enfant ou moi-même lors des activités sportives et à utiliser ces images ou vidéos OUI NON

ATTENTION : AUCUN REMBOURSEMENT NE SERA FAIT EN CAS D'ARRET DE L'ACTIVITE

Je déclare adhérer au Paris Université Club et demande à être sur la liste de ses membres et m'engage à me conformer aux statuts et au règlement intérieur du Club.

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION :

Fiche adhérent n°

Créée ou réactualisée le

Carte délivrée le

Observations

Date de l'inscription :

Signature de l'adhérent ou de son représentant légal :

2 PHOTOS
 A
 AGRAFER
 ICI

INFORMATIONS CONCERNANT L'ASSURANCE :

Le PUC vous informe de l'intérêt de souscrire un contrat d'assurance « individuelle accidents ».
 Le PUC vous informe de votre droit d'accès et de rectification des informations collectées qui feront l'objet d'un traitement informatique (art.32.6°, loi n° 78-17 du 06/01/1978). Ce droit d'accès s'exerce auprès du secrétariat du club.



DEMANDE DE LICENCE

Création Renouvellement Mutation

Photo

Comité Départemental de
Nom du groupement sportif

PARIS

Paris Université Club

N ° club

1975048

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