



# INSCRIPTION JUMP

## Contact Micro Basket

[www.jump-basketball.com](http://www.jump-basketball.com)

Madame, Monsieur

Le club JUMP propose aux enfants nés en 2014 et 2015 de découvrir le basket par séance d'une heure tous les 15 jours. La séance aura lieu le samedi matin de 10h00 à 11h00 dans la salle des sports de POUILLON. La première séance commencera le 28/09/2019.

Le prix de l'adhésion est de 10,00 € par enfant.

Le dossier d'inscription que vous avez entre les mains est spécifique aux enfants nés en 2014 et 2015. Celui-ci nous permettra de commander les licences contact micro basket auprès de la Fédération Française de Basket Ball (FFBB)

Ce dossier doit être remis au plus tôt à : Jean Baptiste ou Emmanuelle CLEDA  
772, Route du Saliou  
40290 - MISSON

Les pièces à retourner sont les suivantes :

- 1 enveloppe timbrée (par foyer) libellée à votre adresse au format 110x220.
- Le formulaire de demande de licence contact micro basket FFBB renseigné.
- La fiche d'inscription JUMP complétée.
- Chèque(s) à l'ordre de la JUMP = Prix de l'adhésion + éventuellement, l'assurance.
- 1 photo d'identité (obligatoire)

Avec nos salutations sportives, nous vous souhaitons de bonnes vacances.

**Le Bureau de la JUMP**



# DOSSIER D'INSCRIPTION JUMP 2019 - 2020

A remettre au plus tôt  
Avec le dossier FFBB, le chèque, la photo et l'enveloppe timbrée.

NOM :	.....	Prénom :	.....
Adresse :	.....		
Code Postal :	.....	Ville :	.....
Sexe :	Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>	Date de naissance : .....
Numéro de téléphone portable :	.....		
Adresse email :	.....		

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM : ..... Prénom : .....

Numéro de téléphone portable : .....

## PARENTS, ETES-VOUS INTERESSES PAR :

- Encadrer une équipe ? (Ou aider à encadrer) Si oui, laquelle ? .....
- Arbitrer des matchs de jeunes
- Faire ou apprendre à faire la table de marque
- Intégrer l'équipe du bureau de la JUMP

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) ..... Père, Mère, Responsable légal de l'enfant (des enfants)

- Accepte que mon enfant paraisse dans les divers supports d'information de la JUMP.
- Refuse que mon enfant paraisse dans les divers supports d'information de la JUMP.

Fait à : ..... Le : ..... Signature :



# DEMANDE DE LICENCE CONTACT MICRO BASKET 2019/2020 (RESERVEE AUX U6 ET MOINS)

Organisme Fédéral délivrant la licence (à remplir par l'organisateur) :

- Comité Départemental :
- Ligue Régionale :

N° de licence \*(si déjà licencié) : .....  
NOM\* : ..... SEXE\* : F : M  
PRENOM\* : ..... TAILLE(1) : ..... CM  
DATE DE NAISSANCE\* : .....  
NATIONALITE\*(majeurs uniquement) : .....  
ADRESSE : .....  
CODE POSTAL : ..... VILLE\* : .....  
TELEPHONE DOMICILE : ..... PORTABLE : .....  
E-MAIL\* : .....

Je refuse l'utilisation, par la FFBB, ses organismes déconcentrés et ses partenaires, de mes données personnelles à des fins non commerciales.

Je n'autorise pas la FFBB et ses partenaires à m'envoyer, par courrier ou par email, des offres commerciales.

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

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

Signature obligatoire du licencié                      Tampon et signature du  
ou de son représentant légal :                      Président du club :

(1) Pour les joueurs mineurs le champ taille doit être renseigné à des fins de détection.  
\*Mentions obligatoires

## Certificat médical annuel de non contre-indication à la pratique du Basket-ball 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 :

### INFORMATION ASSURANCES :

(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° 2159 / Mutuelle des Sportifs-MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité Civile (Contrat n° 4100116P / MAIF) ci-jointes et consultables sur [www.ffbb.com](http://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 la MDS.

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

- Option A, au prix de 2,98 euros TTC.
- Option B, au prix de 8,63 euros TTC.
- Option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option A, soit un total de 3,48 € TTC (= A+).
- Option C, au prix de 0,50 euros TTC, en complément de l'option B, soit un total de 9,13 € TTC (= B+).

Ne souhaite pas souscrire aux garanties individuelles complémentaires proposées (= N)

Reconnais 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

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**