

**SAISON 2024/2025**

**CREATION**

**RENOUVELLEMENT**

**IDENTITE** (Mentions obligatoires)

N° DE LICENCE FFH (si déjà licencié-e) \_\_\_\_\_

SEXE : F.

M

N° DE LICENCE FFBB (si déjà licencié-e) \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ NE(E) LE : \_\_\_\_\_

LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ PAYS : \_\_\_\_\_ NATIONALITE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ TEL FIXE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PORTABLE : : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ E-MAIL : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

VALIDE : OUI  NON

TYPE DE HANDICAP : \_\_\_\_\_

FAIT LE : \_\_\_\_\_ certifie sur l'honneur, l'exactitude des renseignements ci-dessus

Signature obligatoire du licencié-e ou de son représentant légal (pour les mineurs)

**(Cette case doit être OBLIGATOIREMENT complétée et signée pour obtenir la délivrance de votre licence)**

J'atteste par la présente que le Docteur \_\_\_\_\_ m'a examiné (e) le \_\_\_\_\_

et qu'il – qu'elle n'a pas constaté à cette date des signes apparents contre-indiquant du basket fauteuil ou de l'arbitrage en compétition pour ce qui me concerne.

Signature obligatoire du licencié-e ou de son représentant légal (pour les mineurs)

**Pour rappel : le DOSSIER MEDICAL doit être adressé par courriel au Dr Claude Benderitter :**  
**[clbenderitter@gmail.com](mailto:clbenderitter@gmail.com) / 3 Rue du Panorama – 68200 MULHOUSE**

**IMPORTANT – MODALITES**

**DOCUMENT A ADRESSER AVANT LE 31 juillet 2024 par courriel à :**

**Philippe Morin : [phileoga73@orange.fr](mailto:phileoga73@orange.fr)**