

SAISON 2024/2025

CREATION

RENOUELEMENT

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 / 3 Rue du Panorama – 68200 MULHOUSE

IMPORTANT – MODALITES

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

Philippe Morin : phileoga73@orange.fr