



## DEMANDE DE PRATIQUE VxE - HSC 2024/2025

(Document à adresser au Comité Départemental du club pour la pratique du Vivre ensemble)

### JE SUIS (\*Mentions obligatoires)

Nom\* : .....

Prénom\* : .....

Date de naissance\* ...../...../.....

N° de licence\* : .....

Je suis titulaire du socle de la licence FFBB pour la saison en cours\*

ET (cocher une des deux options ci-dessous) \*

Je suis titulaire d'une extension de pratique et dispose de l'aptitude médicale requise (hors extension joueur compétition qui permet déjà la pratique VxE)

OU

Je ne suis pas titulaire d'une extension de pratique et ne dispose pas de l'aptitude médicale requise

### JE SOUHAITE\* : (cocher les cases correspondantes-\*mentions obligatoires)

Pratiquer le Vivre Ensemble auprès d'un autre groupement sportif que mon club d'origine :

#### Motif de la demande :

Groupement sportif principal non labellisé \*

Pratique Vivre Ensemble souhaitée non proposée par le groupement sportif principal \*

CLUB PRINCIPAL : .....

N° Informatique\* : .....

#### Pratique(s) Vivre Ensemble sollicitée(s) auprès du club d'accueil \*

Basket Santé

Basket Inclusif (à partir de 5 ans)

BaskeTonik (à partir de 13 ans)

BaskeTonik forme (à partir de 15 ans)

CLUB DE PRATIQUE VIVRE ENSEMBLE : .....

N° Informatique\* : .....

### QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE

(À cocher par le licencié mineur uniquement°

OU

(À cocher par le licencié majeur uniquement)

J'atteste par la présente que chacune des rubriques du questionnaire relatif à l'état de santé (joint à la demande) a donné lieu à une réponse négative et je reconnais avoir pris connaissance que toute réponse positive entraînera obligatoirement la production d'un nouveau certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport et/ou du Basket, y compris en compétition, datant de moins de 6 mois.

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

A .....

Signature obligatoire du représentant légal  
(pour le licencié mineur) :

Signature obligatoire du licencié majeur :

*Obligation de joindre à la demande l'aptitude médicale requise (certificat médical ou date attestation du questionnaire de santé)*

**CERTIFICAT MEDICAL (à remplir par le médecin - \*cocher la case correspondante)**

Je soussigné, Docteur ..... certifie avoir examiné ce jour M./Mme ..... et n'avoir décelé aucun contre-indication apparente :

#### **Pour la pratique sportive :**

\* la pratique du basket en compétition ou du sport en compétition (pratique compétitive y compris basket loisir)

#### **Pour la pratique du Vivre Ensemble :**

\* la pratique du basket ou du sport (pratique non compétitive – Vivre Ensemble)

FAIT LE ...../...../..... A .....

Signature du médecin :

Cachet :

**JE M'ASSURE\*** : (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° 2231 / Mutuelle des Sportifs-MDS), Assistance Rapatriement et Responsabilité Civile (Contrat n° 4100116P / MAIF) consultables, téléchargeables, imprimables ci-après et 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. Et reconnais avoir reçu l'information relative à mes possibilités et à mon intérêt à souscrire aux garanties Individuelles Accident auprès de l'assureur fédéral MDS ou l'assureur de mon choix pour les éventuels dommages corporels que je peux subir du fait de la pratique du Basket-Ball**

**Je souhaite souscrire à l'une des formules Individuelle Accident et coche la case correspondant à la formule choisie :**

- Formule A, aucune cotisation à acquitter
- Formule B, aucune cotisation à acquitter
- Formule complémentaire C (cotisation : 0,36 euros TTC), en complément de la formule A, soit un total de 0,36euros TTC (= A+)
- Formule complémentaire C (cotisation : 0,36 euros TTC), en complément de la formule B, soit un total de 0,36 euros TTC (= B+)

**A défaut de coche d'une des formules proposées, les garanties de la formule A (pas de cotisation) s'appliqueront.**

**Reconnais avoir reçu l'information relative à mes possibilités et de mon intérêt à souscrire à ces garanties Individuelle Accident auprès de l'assureur fédéral MDS ou l'assureur de mon choix 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**

« Les formules d'assurances Individuelles Accident (Mutuelle des Sportifs) - Tableau récapitulatif – spécifique VxE : »

Garanties	Formule A Aucune cotisation	Formule A+ 0,36 €/an	Formule B Aucune cotisation	Formule B+ 0,36€/an
<b>FRAIS DE SOINS DE SANTE :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation</li><li>• Forfait journalier hospitalier</li><li>• Ostéopathie</li><li>• Soins dentaires/frais prothèse dentaire</li><li>• Soins optiques</li><li>• Frais de transport</li></ul>	✓	✓	✓	✓
<b>BONUS SANTE</b>	✓	✓	✓	✓
<b>DECES ACCIDENTEL</b>	✓	✓	✓	✓
<b>INVALIDITE ACCIDENTELLE</b> (dont perte totale et irréversible d'autonomie)	✓	✓↗	✓	✓↗
<b>INDEMNITES JOURNALIERES</b>	✗	✗	✓	✓

↗ Augmentation des capitaux selon le taux d'invalidité.

**ENGAGEMENT :**

Je reconnais avoir pris connaissances des mentions sur la protection de mes données personnelles lors de ma prise de licence et disponible sur le site Internet de la FFBB.

Je joins le cas échéant, l'aptitude médicale requise (Certificat Médical ou date attestation du questionnaire de santé).

Fait le : ..... A : .....

Signature du licencié ou  
de son représentant légal :



### Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

**Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :** Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

**Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ?**  
**Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.**

Tu es une fille  un garçon

Ton âge : ..... ans

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé (e) sans te souvenir de ce qui s'était passée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)	OUI	NON
Te sens-tu fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (examen médical prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.**



## 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
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<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"/>
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.