



Inscription au Bon Conseil 2020-2021 (toutes activités)



Compter 30 min
pour compléter
entièrement ce
dossier

Étape 1

Je prépare le dossier complet :

- 1- Je complète et signe l'**Engagement de l'adhérent 2020-2021**
- 2- Je complète et signe la **Fiche Adhérent 2020-2021**
- 3- (Si l'adhérent est mineur) Je remplis et signe la **Fiche Sanitaire de Liaison**
- 4- Une **photo d'identité** (avec nom/prénom écrit au dos de la photo)
- 5- Un moyen de paiement : carte bancaire, chèque, espèces, chèques vacances ou coupons ANCV
NB : règlement uniquement sur place : frais d'adhésion + activité(s) + équipement
- 6- Si possible un don de soutien ouvrant droit à un crédit d'impôt de 66%

⇒ Si je n'ai pas d'activité foot, mon dossier est complet : je passe directement à l'étape 2.

Annexe Foot

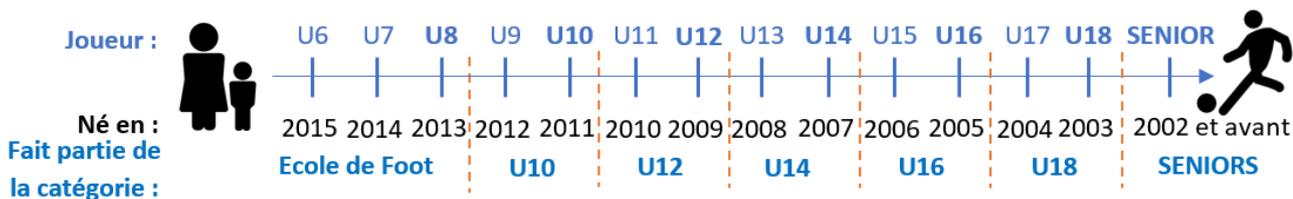
UNIQUEMENT si l'inscription concerne le FOOT :

- 7- Une **photo d'identité nette & récente** (avec nom/prénom écrit au dos de la photo) 
- 8- Une **photocopie de pièce d'identité claire & nette**, si possible en couleurs 
- 9- (Si l'adhérent est de nationalité étrangère) : 
 - La pièce d'identité des parents ;
 - L'extrait d'acte de naissance ;
 - Un justificatif officiel de résidence (quittance de loyer / facture / avis d'impôt / ...)
- 10- Je complète le **Bon de retrait Équipement Foot** (équipement complet obligatoire ; ancien réutilisable) 
- 11- Je remplis et signe le **formulaire de licence FFF**, puis le fais remplir, signer et tamponner par le médecin ; 
Indications de remplissage : cocher « Joueur libre » ; **ATTENTION ! Seront refusés** : certificat médical sur un papier à part / absence du tampon du médecin sur formulaire de licence / formulaire illisible.

Si besoin, contacter le bureau foot à foot@bonconseil.org, en rappelant : « Licence Nom prénom Catégorie U... ».

=> Le bureau du foot est ouvert le lundi de 15h à 18h et le vendredi de 15h à 18h. (Esc. B / 1^{er} étage droite.)

Détails des nouvelles appellations de l'activité Foot (saison 2020-2021) selon l'année de naissance :



⇒ Mon dossier est alors finalisé ; je peux donc passer à l'étape 2.

Étape 2

Je me déplace au « BC » pour déposer mon dossier et payer:



- 1- Soit lors de l'une des 2 sessions d'inscriptions : du 18 au 20 juin / 5 et 9 sept. 2020 (cf. site web)
- 2- Soit toute l'année scolaire à l'accueil du Bon Conseil (lundi, mardi, jeudi et vendredi de 10h à 12h et de 15h à 18h + mercredi de 8h30 à 19h + samedi de 10h à 12h.)

NB : Règlement uniquement sur place : frais d'adhésion + activité + équipement + don éventuel.



La carte d'adhésion au BC sera remise après dépôt & règlement du dossier d'inscription complet



le bon conseil

6, rue Albert de Lapparent
75007 Paris
www.bonconseil.org



ASBC FOOT

BON RETRAIT EQUIPEMENT 2020-2021

NOM et Prénom du joueur :

Tel mobile : Email :

Date de naissance : / / Âge : ans Catégorie :

TAILLE (EN CM) : CM

POINTURE CHAUSSURES :

ARTICLE	Qté	x Prix Unitaire	= Montant TTC
PACK ENFANT 5 éléments (U6 à U13) : Survêtement (veste + pantalon) + maillot + short + chaussettes	x 80 €	=
PACK ADULTE 5 éléments (U14 à SENIORS): Survêtement (veste + pantalon) + maillot + short + chaussettes	x 95 €	=

TOTAL à payer

=

Cadre réservé au Bon Conseil

-> PAYÉ LE : / /

-> PAR : Chèque n°..... Espèces CB Chèque vacances ANCV Coupon sport ANCV

DATE + SIGNATURE + CACHET du BON CONSEIL :

**BON DE RETRAIT ORIGINAL VALABLE 3 MOIS pour retirer l'équipement
au BUREAU DU FOOT (1er étage du Bon Conseil) le lundi ou le vendredi de 15h à 19h**



Nom du club : **Bon Conseil AS**

N° d'affiliation du club : **523255**

En cas de 1^{ère} demande, fournir une photo d'identité et un certificat médical. Pour les autres demandes, vérifier le statut de la photo et du certificat dans FOOTCLUBS.

IDENTITÉ

NOM : Sexe : M / F
PRÉNOM : Nationalité :

Né(e) le : / / Ville de naissance :
Adresse (1) : CP : Ville :

Pays de résidence : Email (1) :
Téléphones : fixe mobile
(1) Je fournis (ou mon représentant légal) une adresse postale et une adresse électronique auxquelles me seront envoyées des communications officielles notamment celles prévues par le règlement disciplinaire de la FFF ainsi qu'un lien pour activer mon espace personnel sécurisé (Mon espace FFF) afin de prendre connaissance de mes éventuelles sanctions disciplinaires. A défaut, j'accepte expressément que les adresses de mon club soient utilisées pour mes communications officielles.

CATÉGORIE(S)

Demande une ou des licences de types (plusieurs cases peuvent être cochées) :
Dirigeant Joueur Libre Joueur Futsal Joueur Entreprise Joueur Loisir

DERNIER CLUB QUITTÉ

Saison : - Nom du club :
Fédération étrangère le cas échéant :

ASSURANCES

Je reconnais (ou mon représentant légal si je suis mineur) avoir pris connaissance en pages suivantes de la présente demande ou ici <https://fff.fr/e/ass/8000.pdf>, par ma Ligue régionale et mon club :
- des garanties responsabilité civile et individuelle accidents dont je bénéficie par le biais de ma licence et de leur coût,
- de la possibilité d'y renoncer et des modalités pour y renoncer,
- de la possibilité et de mon intérêt à souscrire des garanties individuelles complémentaires (cocher obligatoirement l'une des deux cases ci-dessous) :
 Je décide de souscrire aux garanties complémentaires et je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur.
OU BIEN Je décide de ne pas souscrire aux garanties complémentaires qui me sont proposées.

OFFRES COMMERCIALES

Je souhaite être informé(e) d'offres exclusives, sélectionnées pour moi, par la FFF
Je souhaite être informé(e) d'offres préférentielles de la part des partenaires officiels de la FFF

COORDONNÉES

Les coordonnées d'un demandeur dirigeant sont susceptibles d'apparaître sur les annuaires et/ou les sites internet de la FFF, des Ligues ou des Districts. Si vous ne le souhaitez pas, cochez cette case

AUTO-QUESTIONNAIRE MEDICAL (ARTICLE 70.3 DES REGLEMENTS GÉNÉRAUX)

Le certificat médical est valable pour une durée de trois saisons. Ce principe est applicable que si les deux conditions suivantes sont respectées pendant la période de trois saisons :
- l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre,
- l'intéressé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé (disponible au lien : <https://www.fff.fr/e//gs-li.pdf>), et attester d'une réponse négative à toutes les questions.

Par la présente, je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir :
 Répondu NON à toutes les questions ; dans ce cas vous n'avez pas d'obligations médicales supplémentaires.
 Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) ; dans ce cas veuillez faire remplir le certificat médical ci-dessous.
Dans tous les autres cas (ex. : première demande de licence), vous devez fournir le certificat médical ci-dessous.

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr (1) certifie que le bénéficiaire, identifié ci-dessous,

Pour les joueurs :
- ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du football
- en compétition,
- en compétition dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure (2).
Pour les dirigeants :
- ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel.

Date de l'examen : / / (1)

Bénéficiaire (nom, prénom)

Signature et cachet (1)/(3)

(1) Obligatoire. (2) Rayer en cas de non aptitude. (3) Le cachet doit être lisible en totalité (encre noire souhaitée).

Pour un licencié MINEUR

Le représentant légal autorise le bénéficiaire de cette demande à prendre une licence au sein de ce club dans les conditions énumérées dans le présent document (notamment celles relatives aux assurances) ainsi que la création d'un espace personnel.

Le représentant légal certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Représentant légal du demandeur :

Nom, prénom :

Signature

Pour un licencié MAJEUR

Le demandeur certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.

Demandeur :

Signature

Représentant du CLUB

Je certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes et engagent la responsabilité du club.

Nom, prénom :

Le / / Signature :

Les données personnelles recueillies, propriété de la FFF, font l'objet d'un traitement informatique par la FFF aux fins de traitement des demandes et de gestion des licenciés. Elles sont destinées aux Clubs, Districts, Ligues et à la FFF et peuvent également être transmises à l'ARIEL dans le cadre du contrôle du respect des interdictions de paris sportifs. Pour les dirigeants et encadrants bénévoles elles font également l'objet d'une vérification automatisée de l'honorabilité par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations compétente sous l'égide du Ministère des Sports via la plateforme dédiée du FIAISV (fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes) et de la délivrance du bulletin n°2 du casier judiciaire (art. L212-9 et L322-1 du code du sport). Conformément à la loi « Informatique et Libertés » et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD), le demandeur bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui le concernent. Le demandeur peut exercer ces droits en s'adressant à la FFF via la rubrique dédiée « Protection des données personnelles » sur les sites de la FFF, des Ligues et des Districts ou par courrier postal à l'adresse suivante : FFF, Délégués à la Protection des Données (DPO), 87 boulevard de Grenelle, 75738 Paris Cedex 15.



QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT » PRÉALABLE À LA DEMANDE DE LICENCE (Changement de club ou renouvellement)

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour demander votre licence au sein de la Fédération Française de Football selon les règles énoncées à l'article 70 des Règlements Généraux de la F.F.F.

SI VOUS AVIEZ FOURNI UN CERTIFICAT MÉDICAL EN SAISON 2018/2019 OU 2019/2020,
répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**.

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :

OUI **NON**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? | <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"/> |

À CE JOUR :

OUI **NON**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 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.) survenue 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"/> |

NB : les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS :

Pas de certificat médical à fournir.

Simplement attestez, selon les modalités prévues par la F.F.F., sur votre demande de licence (en ligne ou papier), avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :

Certificat médical à fournir.

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.