



Madame, Monsieur

Pour l'année 2020/2021, les licences des joueurs déjà présents au club la saison passée ne pourront être faite uniquement de manière dématérialisée. Vous voudrez bien nous adresser u texto au 06 03 26 02 72 ou un email à l'adresse scbocognano@wanadoo.fr en indiquant en objet le nom et le prénom de votre enfant et votre email afin que nus puissions vous faire parvenir le lien nécessaire à l'établissement en ligne.

Vous voudrez bien **nous remettre** les documents suivants le plus rapidement possible

- Fiche de renseignements dûment remplie
- Demande de licence papier complétée
 - procédure de licence dématérialisée : il vous faudra compléter les renseignements en ligne et fournir les documents nécessaires demandés.**
 - Licence papier : compléter le document papier et faire valider le certificat médical par votre médecin : Tampon + Signature du médecin obligatoire**
- Deux photos d'identités en couleur (si licence dématérialisée à fournir en ligne)
- Frais de souscription pour la licence assurance : 150 €EUROS Possibilité de régler
 - par CB pour les licences dématérialisée (en DEUX FOIS)
(le SC Bocognano Gravona fournira un short et une paire de chaussette et un maillot d'entrainement pour l'ensemble de la saison 2020/2021)
 - par chèque (remettre les deux chèques en précisant les dates d'encaissement)
Chèque à libeller à l'ordre du S.C.Bocognano-Gravona
- Pour les nouveaux joueurs copie de la carte d'identité ou du livret de famille**

IMPORTANT

Aucune demande de licence ne pourra être validée par la Ligue Corse de Football si des pièces sont manquantes ou si le règlement de la cotisation n'est pas effectué.

Licence dématérialisée saison 2020 / 2021

Depuis cette saison, la demande de licence est dite "dématérialisée".

Après la communication de votre email , vous allez recevoir un mail intitulé "LICENCE FFF".

Si vous n'avez pas reçu de mail, veuillez vérifier vos courriers spam ou indésirables ou vous rapprochez de votre éducateur et/ou du secrétariat.

Rien de plus simple, il suffit de lire le texte suivant afin de renouveler votre licence, qui se passe en 3 étapes :

1/ **Autorisation médicale** : si vous avez fourni un certificat médical au cours de la saison 2018/2019 ou 2019/2020, il reste valable pour cette saison à condition de **RÉPONDRE A L'AUTO-QUESTIONNAIRE MÉDICAL DES RG DE LA FFF**

Si vous répondez **OUI** à une des questions du formulaire, vous devez faire **COMPLÉTER, TAMPONNER ET SIGNER PAR VOTRE MÉDECIN, LE MODÈLE DE CERTIFICAT MÉDICAL**
D'autre part une mention « Certificat médical à fournir » apparaît en haut à droite du bordereau dans le cas d'un licencié pour lequel le certificat médical actuel est arrivé à expiration.

2/ **Formulaire** :

Remplir le formulaire en ligne en cliquant sur le lien. **JOINDRE LES PIÈCES JUSTIFICATIVES : CERTIFICAT MÉDICAL TAMPONNE ET SIGNE PAR VOTRE MÉDECIN SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI AU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ / PHOTO D'IDENTITÉ EN COULEUR SI BESOIN.**

3/ **Validation par le club** :

Une fois votre demande finalisée, le club reçoit un mail afin de valider ou non votre demande. En cas de dossier incomplet, vous recevrez un mail de notre part afin de compléter votre dossier.

VOTRE LICENCE NE SERA VALIDÉE QU'A RÉCEPTION DE VOTRE DOSSIER D'INSCRIPTION COMPLET ET AVEC LES RÈGLEMENTS.

Une fois toutes ces opérations terminées, vous recevrez un mail avec une attestation de licence. **PENSEZ A L'IMPRIMER CAR LE CLUB N'EN DISPOSE PAS!!!**

FICHES RENSEIGNEMENTS

SAISON 2020 / 2021

CATEGORIE : _____

NOM : _____ **Taille :** _____

PRENOM : _____ **Poids :** _____

Date de Naissance : _____ **Pointure :** _____

Lieu de Naissance : _____

Adresse : _____

PERE

MERE

N° de Téléphone : ____/____/____/____/____ **Domicile** ____/____/____/____/____

____/____/____/____/____ **Travail** ____/____/____/____/____

____/____/____/____/____ **Tél. Portable** ____/____/____/____/____

Adresse Email : _____ (obligatoire)

N° de Tél. Portable enfant : ____/____/____/____/____

Profession des Parents : _____

**Personne à contacter
en cas d'urgence :** _____

Son N° de téléphone : ____/____/____/____/____

Médecin traitant : _____

Son N° de téléphone : ____/____/____/____/____

Club Saison Précédente : _____

Mode règlement cotisation : _____

... / ...

Autorisations Parentales

* Je soussigné(e) Mr, Mme agissant en qualité de responsable légal de l'enfant (Nom et Prénom)

..... donne autorisation à l'association «Sporting Club Bocognano Gravona» de transporter le jeune précité pour tous déplacements sur les lieux d'activités, avec le véhicule personnel des adhérents participants à ces activités, et décharge l'association ainsi que ses adhérents de toutes responsabilités à cet égard.

Certifie que le jeune transporté est bien assuré, en responsabilité civile et en individuel accident, pour tous risques liés aux déplacements sur les lieux d'activités et qu'il est couvert pour ses activités sportives par la licence n°

* Je soussigné(e) Mr, Mme agissant en qualité de responsable légal de l'enfant (Nom et Prénom)

.....
Autorise à participer aux activités proposées par le Sporting Club Bocognano Gravona. J'autorise les responsables à faire donner au cours de cette manifestation sportive tous soins urgents ou pratiquer toute intervention chirurgicale urgente à mon enfant, en cas de nécessité constatée par un médecin.

* Je soussigné(e) Mr, Mme autorise / n'autorise pas gracieusement le Sporting Club Bocognano Gravona, représenté par son Président, à reproduire, diffuser, publier ou représenter des séquences d'images sonorisées, ou photos, sur lesquelles j'apparais – et / ou apparait mon fils, ma fille – et accepte que le Sporting Club Bocognano Gravona utilise les vues dans les médias tenues par le Club pour assurer la promotion et l'animation de la vie sportive et associative, site internet du Club, autre support papier ou informatique. Cette autorisation est valable sans limitation de durée.

Date _____/_____/_____

Signature



JOUEUR / DIRIGEANT

DEMANDE DE LICENCE DE FOOTBALL - SAISON 2020-2021



A remplir intégralement

En cas de première demande, fournir une photo d'identité et un certificat médical

Nom du club : SPC . BOCOGNANO GRAVONA N° d'affiliation du club : 537506

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...

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, dans le document fourni au verso ou ici https://fff.fr/e/ass/2700.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).
Signature et cachet (1)(3)
Date de l'examen : / / (1)
Bénéficiaire (nom, prénom)
(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 engageant 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 FIASV (fichier judiciaire automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes) et 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, Délégué 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 inexplicquée ?	<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 :		
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.



Pour les demandes de licences dématérialisées

CERTIFICAT MÉDICAL - SAISON 2020/2021

JOUEUR(SE) / DIRIGEANT(E)

Date de l'examen :/...../.....⁽¹⁾

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

POUR LES JOUEURS(SES) :

- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique du football en compétition,
- Est également apte à la pratique dans des compétitions de la catégorie d'âge immédiatement supérieure⁽²⁾.

POUR LES DIRIGEANTS(ES) :

- Ne présente aucune contre-indication apparente à l'arbitrage occasionnel.

Bénéficiaire (nom, prénom) :⁽¹⁾

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)