



FICHE RENSEIGNEMENTS
CLUB 2016/2017

N° flocage demandé :

(sauf de 40 à 50)

RESERVE AU SECRETARIAT

Mutation/Création/Renouvellement

CATEGORIE :

N° Licence :

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR TOUS LES LICENCIES - EES

Nom & Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Date et lieu de naissance : _____ Sexe : F M

Tél Domicile : _____ Tél Portable du joueur : _____

E-Mail : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____ N° D'appel : _____

A REMPLIR SI LICENCIE MINEUR

MERE	PERE
Nom Prénom :	Nom Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél Domicile :	Tél Domicile :
Tél Portable :	Tél Portable :
Email :	Email :



AUTORISATIONS & INFORMATIONS

Pour les enfants mineurs, les autorisations Parentales et d'évacuations et des soins doivent être obligatoirement remplies

° AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné _____ responsable légal de l'enfant :
_____ autorise celui-ci à participer aux activités du club de handball d'Uchaud.

° AUTORISATION D'EVACUATION ET DES SOINS :

Je soussigné _____ responsable légal de l'enfant :
_____ autorise l'équipe de direction du club de handball d'Uchaud à prendre, sur avis médical, toutes dispositions nécessitées par l'état de mon enfant en cas d'accident.
Signaler si allergie ou situation de santé particulière :

° AUTORISATION DE TRANSPORT :

Je soussigné _____ responsable légal de l'enfant :
_____ autorise celui-ci à emprunter les moyens de transports mis à sa disposition par le club de handball d'Uchaud et les parents bénévoles. Je m'engage à ne pas intervenir juridiquement contre le club de handball d'Uchaud en cas d'accident.
La liste des parents accompagnateurs sera affichée au gymnase avant chaque déplacement.
(Dans le cas contraire, j'accompagnerai moi-même mon enfant à chaque déplacement) .

° AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGES :

Je soussigné _____ responsable légal de l'enfant :
_____ autorise le club de handball d'Uchaud à prendre en photo l'enfant ci-dessus cité pendant les activités au sein du club. J'autorise le club de handball d'Uchaud à afficher ces photos, individuelles ou de groupe, dans ses locaux ou lieux que le club utilise et éventuellement à publier ces photos dans des supports internes du club (programmes, journal, réseaux sociaux, site internet) J'ai pris bonne note de cette disposition n'ouvre droit à aucune rémunération.

Fait à : _____, Le _____

Signature du
représentant légal :

Signature du
licencié :



FFHANDBALL

CERTIFICAT MÉDICAL

(Article L231-2 du code du sport)

Je soussigné(e), docteur

certifie avoir examiné ce jour M. M^{me}

né(e) le (jj/mm/aaaa) :

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique du handball en compétition ou en loisir.

Date (jj/mm/aaaa) :

Signature et tampon du praticien
obligatoires

Données morphologiques facultatives communiquées pour permettre une analyse globale fédérale anonymée :

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

16, avenue Raspail - CS 30312 | T. +33 (0)1 46 15 03 55 | ffhb@handball-france.eu
94257 GENTILLY Cedex | F. +33 (0)1 70 76 75 92 | www.ff-handball.org

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00028 / N° APE : 9319 Z



FFHANDBALL

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, parent ou représentant légal du mineur ou majeur protégé, autorise l'adhésion de mon enfant à la FFHandball pour les pratiques sollicitées et dans le respect des règlements fédéraux.

En outre, si cela était nécessaire, j'autorise le transfert de mon enfant à l'hôpital par un service d'urgence (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie.

Dans le cas où mon enfant sollicite une licence « pratiquant », notamment en compétitions :
Conformément aux dispositions de l'article R232-52 du Code du sport,

j'autorise

je n'autorise pas



tout préleveur, agréé par l'Agence française de lutte contre le dopage (AFLD) ou missionné par la Fédération internationale (IHF) ou la Fédération européenne de handball (EHF), dûment mandaté à cet effet, à procéder à tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang, prélèvement de phanères) lors d'un contrôle antidopage sur ledit enfant mineur ou le majeur protégé.

dans ce cas :

Je reconnais avoir pris connaissance que l'absence d'autorisation parentale pour le mode de prélèvement susvisé est constitutif d'un refus de soumettre mon enfant à ce contrôle antidopage et est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires (au minimum 2 ans de suspension ferme pour la 1^{re} infraction)

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'adhésion à la FFHandball et les accepte.

Nom et prénom du représentant légal :

Nom et prénom du mineur ou majeur protégé :

Date (jj/mm/aaaa) :

Fait à :

Signature :

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

16, avenue Raspail - CS 30312 | T. +33 (0)1 46 15 03 55 | ffb@handball-france.eu
94257 GENTILLY Cedex | F. +33 (0)1 70 76 75 92 | www.ff-handball.org

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00028 / N° APE : 9319 Z

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Adresse postale :

Adresse électronique :

Téléphone :

Numéro de licence :

certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessous.

Je reconnais avoir pris connaissance :

- des conditions du contrat d'assurance MMA n°114 246 500 souscrit par la FFHB au travers de la notice d'information qui m'a été remise par courrier électronique au moment de la prise de licence
- être informé(e) de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes et assistance voyage couvrant, notamment, les dommages corporels auxquels la pratique du handball peut m'exposer et de la possibilité de souscrire ce type d'assurance auprès de l'assureur de mon choix
- des différents tarifs de licence appliqués par la FFHB pour la présente saison sportive.

Je ne souhaite pas souscrire à la garantie accidents corporels et à l'assistance rapatriement

Fait à

Le

Signature (précédée de « lu et approuvé »)