

A.L.C.L HANDBALL
BULLETIN D'INSCRIPTION SAISON 2017/2018

A remettre Gilles Douvillé à la Maison des Amicales les lundis de 18 à 20h.

*- Pour un renouvellement joindre : **Certificat médical – Autorisation parentale (mineur) - RIB** (Remboursements déplacements) et **le chèque** du montant de la cotisation*

*- Pour une Création : Joindre **Certificat médical – Autorisation parentale (mineur) - photo d'identité, photocopie de la carte d'identité ou extrait du livret de famille - RIB** (Remboursements déplacements) et **le chèque** du montant de la cotisation*

NOM :	
PRENOM :	
Mr <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/>	
Date de naissance :	Lieu naissance :
Adresse :	Email :
Téléphone :	
Mobile :	
Pour les mineurs :	
1. Nom du (des) responsable (s)	
2. Adresse	Email :
3. Téléphone	
Est volontaire pour contribuer à la vie de la section (1) :	
• Encadrement d'équipe	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
• Entraînement d'équipe	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
• Arbitrage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
• Tenue de table pour les matchs	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
• Accompagnement d'équipes de jeunes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
• Aide aux managers d'équipes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
• Organisation de manifestations	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

(1) Ne pas oublier que sans la bonne volonté des bénévoles la section ne peut pas survivre et que vous n'achetez pas un " service " en payant votre cotisation ! En particulier, sans l'aide des parents, aucune équipe d'enfants ne pourra être engagée en compétition.

Montant des cotisations : **Adultes : 120 Euros**
 Moins de 18ans : 102 Euros
 Dirigeant, Loisirs, Ecole de handball : 90 Euros

Facilités de paiement et aides diverses possibles. Règlement par chèque (s)



FFHANDBALL

ATTESTATION - QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Pour le renouvellement de ma licence Handball

Dans le cadre de la demande de renouvellement de ma licence auprès de la FFHandball, je soussigné atteste avoir rempli le Questionnaire de santé fixé par arrêté du ministre chargé des sports daté du 20 avril 2017 et publié au *Journal officiel* du 4 mai 2017.

Dans le respect du secret médical, je conserve strictement personnel ledit questionnaire et m'engage à remettre la présente attestation au club au sein duquel je sollicite le renouvellement de ma licence.

Conformément aux dispositions de l'article D. 231-1-4 du Code du sport,

J'ai répondu NON à chacune
des rubriques du
questionnaire



*dans ce cas : je transmets la
présente attestation au club
au sein duquel je sollicite le
renouvellement de ma
licence*

J'ai répondu OUI à une ou
plusieurs rubriques du
questionnaire



*dans ce cas : je suis informé
que je dois produire à mon club
un certificat médical attestant
l'absence de contre-indication à
la pratique du handball, établi
après le 1^{er} juin.*

Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions réglementaires de la FFHandball relatives au certificat médical (article 30.2 des règlements généraux et articles 9 à 16 du règlement médical), disponibles dans l'Annuaire sur le site Internet de la fédération).

NOM et prénom :

Date (à compléter) :
Fait à :

Signature :

Dans le cas où le licencié concerné est mineur :

Nom et prénom du représentant légal :

Date (à compléter) :
Fait à :

Signature :

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

16, avenue Raspail - CS 30312 | T. +33 (0)1 46 15 03 55 | ffb@ffhandball.net
94257 GENTILLY Cedex | F. +33 (0)1 70 76 65 92 | www.ff-handball.org

Association loi-1901 N° Siret : 784.544.769.00036 / N° APE : 9319 Z



FFHANDBALL

Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive

Le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports,
Vu le code du sport, notamment ses articles L. 231-2 à L. 231-2-3 et D. 231-1-1 à D. 231-1-5,

Annexe II-22 (Art. A. 231-1) du Code du sport
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. DURANT LES DOUZE 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.) 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>		

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

16, avenue Raspail - CS 30312 | T. +33 (0)1 46 15 03 55 | ffhb@ffhandball.net
94 257 GENTILLY Cedex | F. +33 (0)1 70 76 03 92 | www.ff-handball.org

50, rue de la République - 93000 LA SEINE-SAINT-DENIS - FRANCE - 93042



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



dans ce cas :

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.

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 : 794 544 769 00028 / N° APE : 9319 Z



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 : _____

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

Date : _____

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@ffhandball.net
94257 GENTILLY Cedex : F. +33 (0)1 70 76 65 92 : www.ffhandball.org
Association loi 1901 - N° Siret : 784 544 769 00036 / N° APE : 9319 Z