



SAISON 2016 / 2017 LICENCE

DOSSIER DE DEMANDE D'ADHESION

Tu dois fournir :

- le **Dossier de Demande d'Adhésion de la FFHB**, correctement rempli et signé (contre signé par tes parents, si tu es mineur),
- un **certificat médical** qui se trouve sur le document annexe (certificat médical) : il suffit de le faire remplir par ton médecin (si certificat déjà établi, il sera joint au dossier avec la notion handball en compétition)
- une pièce d'Etat Civil,
soit la Photocopie de ta Carte d'Identité
soit la Photocopie du Livret de Famille
- une pièce d'Etat Civil du responsable légal
La Photocopie de ta Carte d'Identité
- 1 photo d'Identité,
- la **Fiche de Renseignements du Club** (avec Autorisation parentale, si tu es mineur(e))
- le Montant de ta Cotisation-Licence

Chers Parents,

* Un club a toujours besoin d'aides pour permettre l'épanouissement de ses licenciés : si vous avez connaissance d'un partenaire possible avec le CARROS HANDBALL CLUB, merci de prendre contact avec Patrick au 04/93/29/14/19.

* Si vous désirez acheter de l'équipement sportif, sachez que le CARROS HANDBALL CLUB tient à votre disposition sa **BOUTIQUE**.

Saison

2016 - 2017

Numéro de licence :

09

06

011

Ligue

Comité

Club

Sexe

Adhérent

(emplacement réservé à la ligue)

Club :

CARROS HANDBALL CLUB CHBC

FICHE DE RENSEIGNEMENT

L'adhérent(e) vérifie, complète ou corrige les données présentes, fait remplir le certificat médical par un médecin puis remet le dossier à son club, qui le valide et l'enregistre avant de le transmettre à la ligue pour qualification.

| | | |
|------------------|------------------|----------------------|
| Titre : | Nom de famille : | Nom d'usage : |
| | Prénom : | Nationalité : |
| | Né(e) le : | Ville de naissance : |
| | | Dép. naissance : |
| | | Pays de Naissance : |
| Latéralité : | Adresse : | Coordonnées |
| | | Tél. domicile : |
| | | Tél. bureau : |
| | | portable : |
| | | fax : |
| Taille (en cm) : | CP : | Ville : |
| | Pays : | Email : |

 Je ne souhaite pas que mes coordonnées postales puissent être cédées à des partenaires commerciaux. Je souhaite que mon courriel (e-mail) puisse être cédé à des partenaires commerciaux. (si non coché l'adresse email restera réservée exclusivement aux communications fédérales)

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Je reconnais avoir pris connaissance :

- des conditions du contrat d'assurance MMA n°114 246 500 souscrit par la FFHB et être informé(e) de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat de personnes couvrant les dommages corporels auxquels la pratique du handball peut m'exposer. Si je ne souhaite pas souscrire cette assurance de personnes, je coche cette case .
- de la possibilité de souscrire directement auprès de MMA, à titre individuel, une des deux options complémentaires d'assurance.
- des différents tarifs de licence appliqués par la FFHB pour la présente saison sportive.

La présente demande implique l'adhésion pleine et entière aux statuts et règlements de la FFHB

J'atteste être informé(e) que la FFHB, la ligue et/ou le comité dont je relève peuvent être amenés, dans le strict cadre de la promotion et du développement du handball, à utiliser des photographies prises à l'occasion de manifestations organisées par eux et présentant plus de 3 licenciés identifiables. Si je ne souhaite pas que mon image soit utilisée dans le cadre précisé ci-dessus, je coche cette case .

Par la présente, je soussigné(e), représentant légal de l'enfant mineur ou du majeur protégé pour lequel une licence à la FFHB est sollicitée, autorise tout préleveur, agréé par l'agence française de lutte contre le dopage (AFLD) ou missionné par la fédération internationale de handball (IHF), 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 qu'un refus de se soumettre à un contrôle est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires (au minimum 2 ans de suspension ferme).

Signature de l'adhérent(e)

Si mineur ou protégé : signature des parents ou du représentant légal

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit, il vous suffit d'écrire au président de la FFHB en fournissant un justificatif d'identité.

SITUATION ADMINISTRATIVE

A vérifier et compléter par le club

| | | |
|---------------------------|--|----------------------------------|
| Licence demandée : | Indicateur de mutation : | Nom, signature et tampon du club |
| | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C | |
| Type de demande : | | le : ___ / ___ / ___ |
| Création / Renouvellement | | |

ENREGISTREMENT PAR LA LIGUE REGIONALE

Réservé à la ligue

| | | |
|----------------------|-------------------------|--------------------|
| Cachet de la Poste : | Date de Qualification : | Visa de la ligue : |
| ___ / ___ / ___ | ___ / ___ / ___ | |

Fédération Française de Handball - 16 Avenue Raspail - 94257 Gentilly Cedex - France - (T) 01 46 15 03 55 - (F) 01 46 15 03 60 - ffb@handball-france.eu - www.ff-handball.org

CERTIFICAT MEDICAL

A faire remplir par un médecin

Obligatoire pour les licences « joueur », « corps », « blanche joueur », « loisir » et « avenir ».

Je soussigné(e), docteur

certifie avoir examiné ce jour

né(e) le

dont les données morphologiques sont les suivantes :

Taille = ___ m ___ cm Poids = ___ kg

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

Date : ___ / ___ / ___

Signature et tampon du médecin →



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 *01/01/2000* :

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

Date *01/01/2022* :

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 | 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