



HAND BALL CLUB CHAMBLY
Dossier d'Inscription (MINEUR)
SAISON 2017 -2018

NOM :

PRENOM :

Documents à fournir :

| | <u>Renouvellement</u> | <u>Nouvelle adhésion</u> |
|-----------------------------|----------------------------------|---|
| Dossier d'inscription HBCC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autorisation parentale FFHB | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autorisation HBCC | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cotisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Photocopie CNI | | <input type="checkbox"/> |
| Photo | | <input type="checkbox"/> |
| Certificat médical | <i>Voir évolutions ci-après*</i> | <input type="checkbox"/> <i>établi après le 01/06/2017</i> |

***Renouvellement uniquement :**

| | |
|--|---|
| Certificat médical saison 2016/2017 établi avant le 01/06/2016 | Nouveau certificat médical <input type="checkbox"/> |
| Certificat médical saison 2016/2017 établi après le 01/06/2016 | Attestation de santé <input type="checkbox"/> |
| | Nouveau certificat médical <input type="checkbox"/> si case OUI cochée sur Questionnaire de santé (à conserver par le licencié) |

***Mutation uniquement :**

| | |
|----------------------------------|---|
| Frais mutation 12/16 ans : 100 € | Chèque <input type="checkbox"/> encaissé à l'adhésion, remboursé dès renouvellement licence. |
| Frais mutation +16 ans : 187 € | |

Mode de règlement :

- Espèces
- Chèques (*étalement de paiement possible, rappeler au dos du chèque la date d'encaissement*)
 - N°chq : A encaisser le juillet 2017,
 - N°chq : A encaisser le août 2017,
 - N°chq : A encaisser le septembre 2017,
 - N°chq : A encaisser le octobre 2017,
 - N°chq : A encaisser le novembre 2017,
 - N°chq : A encaisser le décembre 2017.
- PASS'SPORTS OISE N°:.....
- COUPON SPORT ANCV :(supplément de 5€ pour frais de gestion)
- Demande de Facture au nom de :(sera établie dès l'encaissement complet de la cotisation)

TOUT DOSSIER INCOMPLET OU MAL RENSEIGNE NE SERA PAS TRAITE



HAND BALL CLUB CHAMBLY
Dossier d'Inscription (MINEUR)
SAISON 2017 -2018

RENSEIGNEMENTS LICENCIE :

| | |
|---|----------------|
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | |
| | |
| Code Postal : | Ville : |
| Date de Naissance : | |
| Lieu de naissance et département : | |
| Téléphone mobile père : Téléphone mobile mère : | |
| Adresse Email : (obligatoire) | |
| Profession père : | |
| Profession mère : | |

Le HBCC considère que tout licencié a pris connaissance du règlement intérieur et qu'il en accepte les termes sans restriction, et ce, sans contrepartie de signature.

COTISATIONS :

| Catégories | BABY HAND | -11 ANS | -15 ANS | -18 ANS | SENIORS | LOISIRS | DIRIGEANTS |
|------------|---------------|-------------|-------------|-------------|---------------|---------------|------------|
| | -9 ANS | -13 ANS | | | | | |
| Naissance | 2011 et après | 2007 à 2009 | 2003 à 2005 | 2000 à 2002 | 2000 et avant | 2000 et avant | |
| | 2009 / 2010 | 2005 à 2007 | | | | | |
| Tarifs | 100€ | 110€ | 120€ | 140€ | 150€ | 100€ | 30€ |
| | | 140€ * | 150€ * | 170€ * | 180€ * | 130€ * | |

* avec pack équipement comprenant tee-shirt échauffement / short / paire de chaussettes.

Pour les familles ayant plusieurs enfants licenciés au HBC CHAMBLY, la 1^{ère} licence ENFANT est à plein tarif, une réduction de 20€ est accordée pour chacune des licences suivantes.

Si renouvellement de licence « joueur » avant le 30 juillet 2017, une remise de 10€ sera appliquée.

Taille de tee-shirt :

Taille de short :

Pointure de chaussettes :



HAND BALL CLUB CHAMBLY
Dossier d'Inscription (MINEUR)
SAISON 2017 -2018
AUTORISATION PARENTALE
DU HBC CHAMBLY

Je soussigné(e), en qualité de père, mère, représentant légal
Responsable de

- € **AUTORISE** mon enfant mineur à participer aux activités du HBC CHAMBLY

- € **AUTORISE** mon enfant à effectuer **SEUL** les trajets aller et retour aux entrainements, aux matchs et aux stages auxquels il participera. Dans le cas contraire les personnes citées ci-dessous sont autorisées à venir chercher mon enfant.
.....

- € **AUTORISE** mon enfant à se déplacer dans le véhicule personnel (ou non) du responsable de l'activité (entrainement, match, stage), des parents d'autres enfants, des dirigeants du HBC CHAMBLY.

- € **AUTORISE** les responsables de l'activité à prendre sur avis médical, toute mesure d'urgence tant médicale que chirurgicale y compris hospitalisation. A défaut, il ou elle sera prise (e) en charge par les services d'urgence.

- € **AUTORISE**, à titre gracieux, la diffusion de photographie, vidéos, réalisées dans le cadre d'une activité organisée par le HBC CHAMBLY où figure mon enfant sur des supports de communication (publication papier, site Internet, Facebook) du club HBC CHAMBLY.

Fait à

Le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

AUTORISATION PARENTALE

SAISON 2017-2018

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 :



FFHANDBALL

CERTIFICAT MÉDICAL

(Article L231-2 du code du sport)

Je soussigné(e), docteur

certifie avoir examiné ce jour **M.**

Mme

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

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 (jj/mm/aaaa) :
Fait à :

Signature :

Dans le cas où le licencié concerné est mineur :

Nom et prénom du représentant légal :

Date (jj/mm/aaaa) :
Fait à :

Signature :

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 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
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