

2017-2018

Saison
2016 - 2017
Club

Numéro de licence :
Ligue Comité Club Sexe Adhérent

(emplacement réservé à la ligue)

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.

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 désigné 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 : A B C
Type de demande : **Création / Renouvellement**
Nom, signature et tampon du club
le : ___ / ___ / ___

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 », « corpo », « 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 →