SASL GUEBWILLER HANDBALL

DOSSIER D'INSCRIPTION

SAISON 2023/2024

Licence Adulte

DOSSIER D'INSCRIPTION - SAISON 2023/2024

Pièces à fournir pour valider l'adhésion au club :

- **RENOUVELLEMENT DE LICENCE :**

1. fiche de renseignements
2. photo type "identité" récente (selfie accepté)
3. attestation de santé ou certificat médical (si antérieur au 01/06/2021)
4. autorisation de droit à l'image
5. règlement de la cotisation (espèces, chèque, CB via HelloAsso)

- **NOUVELLE LICENCE :**

1. fiche de renseignements
2. copie d'un justificatif d'identité (carte d'identité ou passeport)
3. photo type "identité" récente (selfie accepté)
4. certificat médical (suivant modèle FFHB)
5. autorisation de droit à l'image
6. règlement de la cotisation (espèces, chèque, CB via HelloAsso)

COTISATION 2023 / 2024

CATEGORIES	✔ **Babyhand**	✔ **-9 ans**	✔ **-11 ans**	✔ **-13 ans**		✔ **+16 ans**	✔ **Loisirs**
Années	2019/18	2017/16/15	2014/13	2012	2011	nés en 2007 et avant	
	60 €	**60 €**	**60 €**	**60 €**	**70 €**	**135 €**	**75 €**

COMPÉTITION

★ Paiement par chèque : à l'ordre du « SASL GUEBWILLER HANDBALL »

★ Paiement CB via "HelloAsso": nous en informer afin de lancer le processus de paiement

SASL Guebwiller – Handball

Adresse postale : 78 rue Jean Jaurès - 68360 SOULTZ

Courriel : info@sasl-guebwiller-handball.fr

Site web : http://guebwiller-sasl.clubeo.com / Facebook : https://www.facebook.com/groups/545019525932387/

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - SAISON 2023/2024

Renseignements Licencié(e) *(* = champ obligatoire)*

* Nom de naissance : ..... Nom d'usage : .....

* Prénom : ..... * Sexe : .....

* Date de naissance : ...../ ...../ ..... * Ville de naissance : .....

* Département de naissance : ..... * Pays de naissance : .....

* Adresse : .....

* Code postal : ..... * Ville : .....

Téléphone : ..... * E-mail : .....

Latéralité : ☐ droitier ☐ gaucher ☐ ambidextre

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

☐ Je souhaite que mon courriel (e-mail) puisse être cédé à des partenaires commerciaux.

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 ☐

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre relatif à la vie de l'association (présentation des activités), et dans un objectif d'informations, l'association « SASL GUEBWILLER HANDBALL » demande votre autorisation sur le fait d'utiliser sans contrepartie les photos sur lesquelles vous pourriez figurer.
Ces photos seront prises lors des activités du club et l'association garantie de ne sélectionner que des photos ne transgressant pas le principe de respect de votre vie privée. Elles pourront être diffusées sur son site internet, son groupe public Facebook, son groupe Instagram.

Je soussigné(e) …… (nom, prénom),
autorise l'association « SASL GUEBWILLER HANDBALL » à utiliser sans contrepartie les photos prises dans le contexte précis, signalé ci-dessus.

En foi de quoi, j'ai signé ce document en date du _____

Signature de l'adhérent

ATTESTATION - QUESTIONNAIRE DE SANTÉ
pour le renouvellement de ma licence Handball
(ne concerne que les licenciés majeurs)

Dans le cadre de la demande de renouvellement de ma licence auprès de la FFHandball, je soussigné atteste avoir rempli le Questionnaire de santé QS-SPORT.

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.

☐ 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 datant de moins de 6 mois et attestant l'absence de contre-indication à la pratique du handball

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 :

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL
1, rue Daniel-Costantini, CS 90047
94046 CRÉTEIL Cedex
T. +33 (0)1 56 70 72 72
F. +33 (0)1 56 70 73 00
ffhb@ffhandball.net
www.ffhandball.fr
Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z

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 inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL
1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 94046 CRÉTEIL Cedex | T. +33 (0)1 56 70 72 72 F. +33 (0)1 56 70 73 00 | ffhb@ffhandball.net www.ffhandball.fr
Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z

FFHANDBALL

CERTIFICAT MÉDICAL

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 sportive en compétition ou en loisir.

Date *(jj/mm/aaaa)* :

Signature et tampon du praticien
obligatoires

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL
1, rue Daniel-Costantini, CS 90047
94046 CRÉTEIL Cedex
T. +33 (0)1 56 70 72 72
F. +33 (0)1 56 70 73 00
ffhb@ffhandball.net
www.ffhandball.fr
Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z