



DOSSIER D'INSCRIPTION

Comme tous les ans la création de licence ne sera effective que si **le dossier est complet !**

La fédération de Handball a mis en place la licence électronique, ce qui implique de remplir sa licence sur internet. Pour cela l'US COUHE HANDBALL a besoin d'une adresse mail valide pour envoyer le lien de la création de licence.

DOCUMENT A FOURNIR

Pour une création de licence

- Le certificat médical : **A faire remplir par le médecin pour les pratiquants.**
- La Fiche de renseignements club.
- L'autorisation parentale (US Couhé HB + FFHB).
- Une photo.
- Photocopie carte d'identité ou livret de famille.
- Le règlement de la cotisation à l'ordre de « **US COUHE HANDBALL** ».

Pour un renouvellement de licence

- L'ATTESTATION – QUESTIONNAIRE SANTE
Ou Le certificat médical : **A faire remplir par le médecin pour les pratiquants.**
- La Fiche de renseignements club.
- L'autorisation parentale (US Couhé HB + FFHB).
- Le règlement de la cotisation à l'ordre de « **US COUHE HANDBALL** ».

Pas de validation de la licence sans le chèque à la réception de dossier

COTISATION ANNUELLE

Sénior :	95 €	Dirigeant :	55 €
-18 ans :	80€	Loisir :	75 €
-15 ans :	75 €	Baby Hand :	60 €
-13 ans :	70 €		
-11 ans :	65 €		
-9 ans :	60 €		

Prenez des renseignements auprès de vos comités d'entreprises, certains offrent des remboursements sur le règlement de la licence.

NOUS CONTACTER

Mail : 6086008@ffhandball.net

Site web: <http://uscouhehandball.clubeo.com/>



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : _____ PRENOM : _____ M :

F :

Né(e) le ___/___/___

Lieux de Naissance : _____

Adresse : _____

Code Postale : _____ Ville : _____

Adhérent :

Tél : ___/___/___/___/___ Port. : ___/___/___/___/___ Mail : _____

Parents

Tél : ___/___/___/___/___ Port. : ___/___/___/___/___ Mail : _____

Tél : ___/___/___/___/___ Port. : ___/___/___/___/___ Mail : _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom du médecin traitant : _____ Tél : ___/___/___/___/___

Allergies déclarées à certains médicaments : _____

Autres renseignements concernant l'enfant pouvant être utiles en cas d'hospitalisation :

ASSURANCE (organismes dont dépend le responsable de l'enfant)

Caisse primaire de sécurité sociale :

Désignation : _____

N° d'assuré : _____

Mutuelle :

Désignation : _____

N° d'assuré : _____

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Non : _____ Tél. 1) ___/___/___/___/___ 2) ___/___/___/___/___

Non : _____ Tél. 1) ___/___/___/___/___ 2) ___/___/___/___/___

Non : _____ Tél. 1) ___/___/___/___/___ 2) ___/___/___/___/___



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e) _____, responsable légal de l'enfant mineur ou du majeur protégé _____, autorise :

1. Ce dernier à pratiquer le Handball au sein de l'US COUHE HANDBALL et à effectuer les déplacements nécessaires aux entrainements et aux matchs,
2. Les responsables de l'encadrement à prendre, en cas d'urgence, toutes les dispositions nécessaires à la prise en charge et aux soins éventuels de l'enfant mineur ou du majeur protégé,
3. L'US COUHE HANDBALL à publier, sur son site Internet www.uscouhehandball.clubeo.com ou dans tout document ou support assurant la promotion du club, des photos de l'enfant mineur ou du majeur protégé prises dans le cadre de rencontres sportives ou dans le cadre d'activités liées à la vie du club (Assemblées, Sorties, Manifestations, ...)
4. L'enfant mineur ou du majeur protégé à rentrer seul après l'activité. Pour information, les mineurs ou les majeurs protégés restent sous la responsabilité de leur représentant légal tant qu'ils n'ont pas été confiés à un responsable de l'US COUHE HANDBALL aux jours, heures et lieux d'accueil prévus pour l'activité.

Fait à : _____, le _____.

Signature du représentant légal :

Signature du licencié :



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



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.

dans ce cas :

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 mineur ou majeur protégé :

Nom et prénom du représentant légal :

Nom du club :

Date (jj/mm/aaaa) :

Fait à :

Signature :

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)1 56 70 72 72 | ffb@ffhandball.net
94046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)1 56 70 73 00 | www.ff-handball.org

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / 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 (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 + N° RPPS du médecin ou celui du remplaçant si médecin remplaçant.
obligatoires

Données morphologiques facultatives communiquées pour permettre une analyse globale fédérale anonyme :

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.ff-handball.org

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / 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

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)1 56 70 72 72 | ffb@ffhandball.net
94046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)1 56 70 73 00 | www.ff-handball.org

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / 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 ?		
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 ?		
<i>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)1 56 70 72 72 | ffhb@ffhandball.net
94046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)1 56 70 73 00 | www.ff-handball.org

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z