

Cher(e) adhérent(e),

Voici la procédure administrative à réaliser pour les renouvellements ou créations de licence.

Pour un renouvellement :

- Si la date de votre **certificat médical 2016** a été validé après le 01/01/2016, vous devez remplir le **Questionnaire + l'Attestation de Santé (page 3-4)**
- Si vous ne cochez que des **NON**, vous n'aurez pas besoin de fournir un nouveau certificat médical, nous fournir **l'Attestation Questionnaire Santé (page 4)**
- Si vous cochez au moins un OUI, vous devrez refaire un **Certificat Médical (page 5)** **ATTENTION aucune rature ne doit apparaître sur le certificat médical (mots barrés, blanco...)**
- Si vous êtes mineur, vous devez remplir **l'Autorisation Parentale (page 6)**
- Fournir la **fiche de renseignement (page 2)**
- Le règlement de votre cotisation (le paiement échelonné est possible)

Pour une création :

- Fournir un **Certificat Médical (page 5)**
- Si vous êtes mineur, Fournir **l'Autorisation Parentale (page 6)**
- Fournir une photocopie de la **Carte d'identité** (ou Passeport ou Livret de Famille)
- Fournir une **photo d'identité**
- Fournir la **fiche de renseignement (page 2)**
- Le règlement de votre cotisation (le paiement échelonné est possible)

Une fois ces documents remplis, nous faire parvenir les pièces ci-dessus soit par mail à : **brehalhandball@gmail.com** ou nous les transmettre au club lors d'un entraînement ou une permanence.

Le certificat médical et la fiche de renseignement doit obligatoirement être remis en mains propre.

VOTRE INSCRIPTION AU CLUB NE SERA EFFECTIVE QU'EN PRESENCE DE TOUS LES DOCUMENTS MENTIONNES CI-DESSUS

RENSEIGNEMENTS JOUEUR(SE)

Nom : Adresse :

Prénom :
.....

Date et lieu de naissance : Tél domicile :

Nationalité : Tél portable (parents) :

Courriel (obligatoire) : Tél portable joueur(se) :

Profession joueur(se) ou des parents si joueur (se) mineur (e) :

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

Nom : Adresse :

Prénom :
.....

Relation par rapport au joueur (à la joueuse) : Tél :

PARTICIPATION A LA VIE AU CLUB :

Afin de veiller au bon fonctionnement du club et de l'améliorer, nous avons besoins d'aide !

Pouvez-vous participer à la vie du club ?

- En aidant ponctuellement : buvette du samedi, manifestations ponctuelles ? oui non
- En participant à des commissions : communication, sponsoring, manifestations, organisation sportive oui non
- En faisant partie du Conseil d'Administration ; oui non
- En suivant une équipe de jeunes ; oui non

POUR LES MINEURS – AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) : Demeurant :

Représentant(e) légal(e) de l'enfant : licenciée(e) à Bréhal HB

AUTORISE :

- La diffusion de représentations photographiques ou vidéo de moi ou de mon enfant :
- La diffusion d'enregistrements sonores de ma ou de sa voix :
- **Mon enfant à participer à toutes les activités et déplacements organisés pendant la saison de handball 2017/18, c'est à dire du 21 Août 2017 au 30 Juin 2018.**
 - **Mon enfant à être transporté(e) sur les sites de compétitions dans les véhicules des particuliers (dirigeants, entraîneurs, et accompagnateurs).**
 - **Mon enfant à rentrer seul de l'entraînement ou du match :**
 - **Le responsable à prendre toutes les mesures nécessaires, en cas d'accident de mon enfant, et le faire hospitaliser si son état l'impose.....**

- Autorise la cession de son adresse postale aux partenaires commerciaux
- Autorise la cession de son adresse électronique aux partenaires commerciaux de la FFHB
- Autorise la cession de son adresse électronique aux partenaires commerciaux du club
- Autorise la FFHB à utiliser son image

SIGNATURE DE L'ADHERENT(E) (des parents si adhérent(e) mineur(e))

Fait à : Le

Signature :



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 | ffb@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



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 inexpliquée ? | <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

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
obligatoires

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

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



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 représentant légal :

Nom et prénom du mineur ou majeur protégé :

Date (jj/mm/aaaa) :

Fait à :

Signature :