

**TARIF LICENCE
SAISON 2019-2020**

Catégories	Années de Naissance	Tarifs
Baby hand	2013-2014-2015-2016	85 €
-9 ans Mixte	2011-2012	130 €
-11 ans Mixte	2009-2010	140 €
-13 Filles ou Garçons	2007-2008	140 €
-15 Filles ou Garçons	2005-2006	140 €
-18 Filles ou Garçons	2002-2003-2004	140 €
+16 Filles ou Garçons	2001 et avant	150 €
Loisir	-	90 €
Dirigeant	-	Gratuit

Réduction sur le montant total :

2 licenciés : -15€ 3 licenciés : - 20€ 4 licenciés : -30€

Attention, les coupons du Conseil Départemental sont à présenter en même temps que les dossier de licence, et sont à déduire du montant de licence.

Attention tout dossier incomplet ne sera pas enregistré et la licence non validée

Documents à fournir :

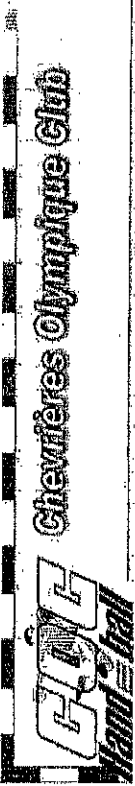
Pour un renouvellement :

- Fiche de renseignements
- Autorisation responsabilité et de publication de l'image
- Autorisation parentale (document FFHB)
- Attestation de santé et Questionnaire (document FFHB)
- Chèque ou espèces pour le règlement
- Certificat médical rempli de moins de 3 ans (document FFHB)

Pour une création :

- Fiche de renseignements
- Photocopie de la carte d'identité du licencié
- 1 Photo d'identité
- Certificat médical rempli (document FFHB)
- Autorisation parentale (document FFHB)
- Autorisation responsabilité et de publication de l'image
- Chèque ou espèces pour le règlement

N'hésitez pas à envoyer un mail pour question à l'adresse suivante :
padieu.florence@gmail.com



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Sexe : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Adresse e-mail : _____

Téléphone fixe : _____

Téléphone portable : _____

Type de licence (entourer la bonne mention) : _____

Joueur Dirigeant Loisir Bl. joueur Bl. dirigeant

Taille : _____

Latéralité (entourer la bonne mention) : Droitier Gaucher

PERSONNE À PRÉVENIR SI BESOIN (pour les mineurs)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphones : _____

AUTORISATION DE RESPONSABILITÉS (pour les mineurs)

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

- autorise mon enfant à adhérer au C.O. Chevrières
- autorise les responsables de l'association à prendre, sur avis médical en cas de maladie ou d'accident de l'enfant, toutes mesures d'urgence tant médicales que chirurgicales, y compris éventuellement l'hospitalisation
- autorise mon enfant à voyager dans les véhicules des dirigeants ou des parents accompagnateurs pour se rendre sur les lieux de stage ou de compétition.

N.B. : L'association n'est aucunement responsable de votre enfant, si celui-ci quitte la salle des sports avant la fin de l'entraînement ou de la rencontre sans autorisation du responsable.

Fait à : _____ le _____

Signature du licencié :

Signature du représentant légal.

AUTORISATION DE PUBLICATION DE L'IMAGE

Nom : _____ Prénom : _____

	Presse et publications fédérales	Site internet	Facebook
Publication du nom			
Publication de l'image			



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
94 046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)1 56 70 73 00 | www.ff-handball.org

Association loi 1901 - N° Siret : 794.544.759.00044 / N° APE : 9313 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 : 784.544.269.00044 / 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 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"/>
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.			

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)1 56 70 72 72 | ffb@ffhandball.net
94 046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)1 56 70 73 00 | www.ffhandball.org

Association loi 1901 - N° Siret : 784.564.766.00044 / N° APE : 931B Z



FFHANDBALL

CERTIFICAT MÉDICAL

(Article L.231-2 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 anonyme :

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 1784.544.309.00044 / N° APE 9319 Z