

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PRATIQUEUR

Nom de famille : _____
 Né(e) le : _____
 Pays : _____
 Adresse : _____
 Complément d'adresse : _____
 Tel portable (*) : _____
 Adresse mail (*) : _____

Prénom : _____
 Ville de naissance : _____
 Nationalité : _____
 Code Postal : _____
 Ville : _____
 Tel domicile : _____

(*) renseignements obligatoires

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus. La présente demande implique l'adhésion pleine et entière aux statuts et règlements de la FFHB.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'assurance du contrat 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, de la possibilité de souscrire directement auprès de la MMA, à titre individuel, une des 2 options complémentaires d'assurances.

Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du protocole de reprise post confinement de la FFHB ☐

J'atteste être informé(e) que la FFHB, la ligue et/ou le comité ou le club 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. Si je ne souhaite pas que mon image soit utilisée dans le cadre précisé ci-dessus, je coche la case ☐

- ☐ Je ne souhaite pas que mes coordonnées postales puissent être cédées à des partenaires commerciaux
- ☐ Je souhaite que mon adresse mail puisse être cédée(e) à des partenaires commerciaux (si non coché, l'adresse mail restera exclusivement aux communications fédérales et club)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), M. ou Mme _____ parent ou représentant légal du mineur ou majeur protégé _____, autorise l'adhésion de mon enfant à la FFHB 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, tout hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie.

Dans le cas où mon enfant sollicite une licence « pratiquant » notamment en compétitions conformément aux dispositions du Code du Sport, j'autorise 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 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 pour mon enfant ou le majeur protégé (au minimum 2 ans de suspension ferme pour la 1^{ère} infraction).

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), docteur _____ certifie avoir examiné ce jour M. ou Mme _____

né(e) le : ____ / ____ / ____ et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique du handball en compétition ou en loisir.

Données morphologiques :

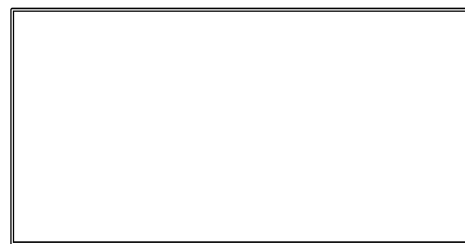
Taille : _____ m _____ cm

Poids : _____ kg

Fait à : _____, le _____

Signature et tampon du praticien obligatoires :

Latéralité : droite gauche



ENREGISTREMENT

Type de demande : ☐ CREATION ☐ RENOUELEMENT

Fait à : MONACO, le ____ / ____ /20

Si mineur ou protégé : signature des parents ou du représentant légal

Signature de l'adhérent(e) :

Signature du club :




A.S MONACO HANDBALL