



VILLENAVE HANDBALL CLUB DOSSIER D'INSCRIPTION ADULTE-SAISON 2024-2025



DOCUMENTS À JOINDRE : JUSTIFICATIF D'IDENTITÉ + PHOTO PORTRAIT

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Catégorie :

Ville de naissance :

CP :



Sexe : F M

Taille (cm) :

Latéralité : D G A



Adresse Postale :

Ville :

Code postal :



Mail :

Téléphone :

Profession :



Merci de compléter cette fiche de renseignements.

Elle sera utile pour vous transmettre toutes les informations relatives aux matchs, aux entraînements (horaires, lieu et rdv) et pour vous tenir informer des événements que le club organise : matchs importants, tournois, repas, soirées, réunions, assemblée générale...

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE D'UNE PERSONNE MAJEURE

Je soussigné.e :

Evoluant en catégorie :

Autorise à me filmer et/ou me prendre en photo et/ou vidéo par le club pour une éventuelle diffusion sur l'ensemble des supports de communication du club : supports papiers ainsi que médias et réseaux sociaux du club et site internet du club. En acceptant, je m'engage à ne faire aucune restriction de mon droit à l'image et de ne demander aucune contrepartie au club ni à ses prestataires, en charge de la réalisation de ces supports. Je donne l'autorisation au club de présenter mon image dans le respect des droits de ma personne pour toute diffusion et sur tous les supports jugés utiles par le club.

N'autorise pas à me filmer et/ou me prendre en photo et/ou vidéo par le club

Fait à

Le

Signature du représentant Légal, précédée de la mention « lu et approuvé »

TARIF ADHESION LICENCE-SAISON 2024-2025

CATEGORIE	TARIF	DOTATION INCLUSE
BABY 2020-2021	105,00€	Short
U7 2018-2019	155,00€	Short
U9 2016-2017	155,00€	Short
U11	155,00€	Short
U13	175,00€	Short
U15	185,00€	Short
U17-U18	205,00€	Short
SENIOR	215,00€	Short
LOISIR	170,00€	Short
HBE	120,00€	/
DIRIGEANT	50,00€	/



FFHANDBALL

CERTIFICAT MÉDICAL

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 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 | T. +33 (0)1 56 70 72 72 | ffhb@ffhandball.net
94046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)156 70 73 00 | 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 ?		
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>		



FFHANDBALL

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 :