



FICHE D'INSCRIPTION

BABY GYM et HANDBALL



Cadre réserver à l'administration :

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fiche d'inscription | <input type="checkbox"/> Autorisation parentale signée | <input type="checkbox"/> 2x photos identité | <input type="checkbox"/> Photocopie livret de famille |
| <input type="checkbox"/> Certificat médical Hand | <input type="checkbox"/> Certificat médical Gymnastique | <input type="checkbox"/> Cotisation 100€ | <input type="checkbox"/> Espèce ou Chèque n° |

Merci de renvoyer l'ensemble des documents à l'adresse suivante :

ETEC HANDBALL

Mairie de Chasseneuil sur Bonnieure – 86 Avenue de la République 16260 CHASSENEUIL SUR BONNIEURE

Documents à fournir :

- ☞ Un certificat médical datant de moins de 3 mois pour le handball
- ☞ Un certificat médical datant de moins de 3 mois pour la Gym
- ☞ 2 photos d'identité
- ☞ Photocopie du passeport ou livret de famille
- ☞ Autorisation parentale remplie et signée des parents
- ☞ Prix licence : 100 € cotisations des deux clubs (*à l'ordre de l'Entente Territoire Charente Handball*)

NOUVEAUTE SAISON 2020 / 2021

CHANGEMENT HORAIRE

Né(e) en 2017 : Séance de 10h15 à 11h
Né(e) en 2016 et 2015 : Séance de 11h15 à 12h

Renseignements : BUSSARD Ludovic

06 59 54 09 01

bussard.ludovic@gmail.com



FICHE D'INSCRIPTION

BABY GYM et **HANDBALL**



NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : _ / _ / 20_..... à :

ADRESSE :

.....

.....

TELEPHONE : _ / _ / _ / _ / _

ADRESSE MAIL :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)

..... demeurant à

.....

.....

autorise mon fils / ma fille

à pratiquer le Handball au Club de l'Entente Territoire Charente / la Gym à l'Etoile Sportive et à être transporté(e) en voiture par les dirigeants ou les parents accompagnateurs.

Date

Signature

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Nom et adresse de la personne à prévenir en cas d'accident :

.....
.....

N° de téléphone :

Email :

En cas d'accident j'autorise

je n'autorise pas

le responsable de l'équipe à faire procéder après avis du médecin, aux soins médicaux ou toute autre intervention qui paraîtrait nécessaire pour la santé de mon enfant.

N° de Sécurité Sociale ou photocopie de la carte :

Nom de l'enfant :

Signature

DROIT A L'IMAGE

J'autorise
 Je n'autorise pas

La publication d'une photo où mon enfant figurerait dans la presse, sur la page Facebook ou sur le site internet du club.

Signature



FFHANDBALL

CERTIFICAT MÉDICAL

(Article 2312 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

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



Certificat médical

CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE INDICATION À LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITE PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné(e)..... Docteur en médecine, Après
avoir examiné ce jour

Mme ou M. Né(e)

le /...../...../...../

Certifie après examen que son état de santé actuel :

Ne présente pas de contre-indication clinique à la pratique des activités physiques ou sportives, en particulier pour la ou les disciplines suivantes :

En compétition et en loisir* :

En loisir uniquement* :

Présente une contre-indication à la pratique des activités physiques et sportives suivantes* :

(*à compléter ou rayer selon les cas)

Date :

Signature et Cachet

Conformément à la loi n°2016-041 du 26/01/2016 et des décrets n°2016-1157 et 2016-1387, ce certificat médical est valable 3 ans pour la délivrance d'une licence sans interruption au cours des 3 années sous réserve de remplir un auto-questionnaire de santé annuel mentionnant l'absence d'événements médicaux dans l'année écoulée, auquel cas un nouveau certificat médical est nécessaire.

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 :



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 inexplicée ?	<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>		

Questionnaire de santé

Qui est concerné ?

Le licencié qui demande à la FFG le renouvellement de sa licence.

Quand l'utiliser ?

Le questionnaire est à utiliser **pendant les deux saisons** qui suivent celle pour laquelle un certificat médical a été délivré.

Exemple	Saison 2016/2017	Certificat médical
	Saison 2017/2018	Questionnaire + Attestation
	Saison 2018/2019	Questionnaire + Attestation
	Saison 2019/2020	Certificat médical

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non

Durant les douze derniers mois :	OUI	NON
☞ Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une crise cardiaque ou inexplicée ?		
☹ Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
☞ Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
☞ Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
☹ 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 ?		
☞ Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A ce jour :		
☹ 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 ?		
☹ Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
☹ Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		

Attention :

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié ou de son représentant légal s'il est mineur.

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions :

Attestation ci-après à fournir à votre club, pour les saisons concernées – Pas de certificat médical.

- Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :
- Le certificat médical est obligatoire pour l'obtention d'une licence.

Attestation

(Pour les majeurs)

Je soussigné :

Nom : Prénom :

Licence N° Club :

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à ma demande de licence à la FFG pour la saison/.....

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions.

Fait à le/...../.....

Signature

Attestation

(Pour les mineurs)

Je soussigné :

Nom : Prénom :

Représentant légal de l'enfant :

Licence N° Club :

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé préalablement à sa demande de licence à la FFG pour la saison/.....

Atteste avoir répondu NON à toutes les questions.

Fait à le/...../.....

Signature