



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PRATIQUANT

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

Ville de naissance : _____

Pays : _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Tel portable (*) : _____

Tel domicile : _____

Adresse mail (*) : _____

(*) 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.

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, et au club du BEAUNE HANDBALL.

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 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 n'autorise pas et 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^{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 sportive en compétition ou en loisir.

Données morphologiques :

Taille : _____ m _____ cm

Fait à : _____, le _____

Poids : _____ kg

Médecin (signature + tampon) :

ENREGISTREMENT

Type de demande : CREATION RENOUELEMENT

Fait à : BEAUNE, le _____ / _____ / 2020

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

Signature de l'adhérent(e) :

BEAUNE HANDBALL

(TAMPON)

BEAUNE HANDBALL

Adresse : 20, rue Edouard Joly BP 10 004 - 21 200 BEAUNE

☎ 03 80 22 89 29

@ contact@beaune-handball.com

