



HAND BALL CLUB CHAMBLY
Dossier d'Inscription (MAJEUR)
SAISON 2017 -2018

NOM :

PRENOM :

Documents à fournir :

	<u>Renouvellement</u>	<u>Nouvelle adhésion</u>
Dossier d'inscription HBCC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cotisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photocopie CNI		<input type="checkbox"/>
Photo		<input type="checkbox"/>
Certificat médical	<i>Voir évolutions ci-après*</i>	<input type="checkbox"/> établi après le 01/06/2017

***Renouvellement uniquement**

Certificat médical saison 2016/2017 établi avant le 01/06/2016	Nouveau certificat médical <input type="checkbox"/>
Certificat médical saison 2016/2017 établi après le 01/06/2016	Attestation de santé <input type="checkbox"/>
	Nouveau certificat médical <input type="checkbox"/> si case OUI cochée sur Questionnaire de santé (à conserver par le licencié)

***Mutation uniquement**

Frais mutation +16 ans : 187 €	Chèque <input type="checkbox"/> encaissé à l'adhésion, remboursé dès renouvellement licence.
--------------------------------	---

NB : pas de certificat médical pour les licences DIRIGEANTS

Mode de règlement :

- Espèces
- Chèques (*étalement de paiement possible, rappeler au dos du chèque la date d'encaissement*)
 - N°chq : A encaisser le juillet 2017,
 - N°chq : A encaisser le août 2017,
 - N°chq : A encaisser le septembre 2017,
 - N°chq : A encaisser le octobre 2017,
 - N°chq : A encaisser le novembre 2017,
 - N°chq : A encaisser le décembre 2017.
- COUPON SPORT ANCV :(*supplément de 5€ pour frais de gestion*)
- Demande de Facture au nom de :(*sera établie dès l'encaissement complet de la cotisation*)

TOUT DOSSIER INCOMPLET OU MAL RENSEIGNE NE SERA PAS TRAITÉ



HAND BALL CLUB CHAMBLY
Dossier d'Inscription (MAJEUR)
SAISON 2017 -2018

RENSEIGNEMENTS LICENCIE :

Nom :	Prénom :
Adresse :	
.....	
Code Postal :	Ville :
Date de Naissance :	
Lieu de naissance et département :	
Téléphone mobile :	
Adresse Email : (obligatoire)	
Profession :	

Le HBCC considère que tout licencié a pris connaissance du règlement intérieur et qu'il en accepte les termes sans restriction, et ce, sans contrepartie de signature.

COTISATIONS :

Catégories	BABY HAND	-11 ANS	-15 ANS	-18 ANS	SENIORS	LOISIRS	DIRIGEANTS
	-9 ANS	-13 ANS					
Naissance	2011 et après	2007 à 2009	2003 à 2005	2000 à 2002	2000 et avant	2000 et avant	18 ans et plus
	2009 / 2010	2005 à 2007					
Tarifs	100€	110€	120€	140€	150€	100€	30€
		140€ *	150€ *	170€ *	180€ *	130€ *	

* avec pack équipement comprenant tee-shirt échauffement / short / paire de chaussettes.

Pour les familles ayant plusieurs enfants licenciés au HBC CHAMBLY, la 1^{ère} licence ENFANT est à plein tarif, une réduction de 20€ est accordée pour chacune des licences suivantes.

Si renouvellement de licence « joueur » avant le 30 juillet 2017, une remise de 10€ sera appliquée.

Taille de tee-shirt :

Taille de short :

Pointure de chaussettes :



FFHANDBALL

CERTIFICAT MÉDICAL

(Article L231-2 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 anonymée

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

16, avenue Raspail - CS 30312 | T. +33 (0)1 46 15 03 55 | ffhb@handball-france.eu
94257 GENTILLY Cedex | F. +33 (0)1 70 76 75 92 | www.ff-handball.org

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00028 / N° APE : 9319 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

16, avenue Raspail - CS 30312 | T. +33 (0)1 46 15 03 55 | ffhb@ffhandball.net
94257 GENTILLY Cedex | F. +33 (0)1 70 76 65 92 | www.ff-handball.org

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00036 / 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 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>		

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

16, avenue Raspail - CS 30312 | T. +33 (0)1 46 15 03 55 | ffhb@ffhandball.net
94257 GENTILLY Cedex | F. +33 (0)1 70 76 65 92 | www.ff-handball.org

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00036 / N° APE : 9319 Z