

CERTIFICAT MEDICAL



Je soussigné(e), docteur _____

certifie avoir examiné ce jour M. – Mme (*) _____
(*) *rayez la mention inutile*

né(e) le : _____ / _____ / _____ (jj/mm/aaaa)

et n'avoit 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 anonyme :

Taille : _____ m _____ cm

Poids : _____ kg

AUTORISATION PARENTALE RVH (UNIQUEMENT POUR LES MINEURS)

Nom de la personne responsable : _____

demeurant à : _____

J'autorise mon enfant : _____ à faire partie du club Rognac Velaux Handball.

J'autorise le représentant mandaté de Rognac Velaux Handball à prendre toutes les dispositions nécessaires, notamment, en cas d'accident ou de blessure de mon enfant y compris en cas d'hospitalisation.

J'autorise mon enfant à être transporté sur les lieux des rencontres, les jours de matchs ou de tournois par des personnes véhiculées étant en règle avec les lois du Code de la Route, et décline toute responsabilité vis-à-vis du club Rognac Velaux Handball, de ses éducateurs et des parents volontaires en cas d'incident.

J'autorise mon enfant à quitter l'entraînement par ses propres moyens⁽¹⁾.

J'autorise la prise de photos de mon enfant dans le cadre des rencontres sportives.

Mon enfant suit actuellement un traitement médical : Oui Non

Si oui, précisez lequel : _____

(1) Les parents des enfants engagés dans les sections **PRIM & MINI** s'engagent à :

- ne jamais déposer leur enfant sans s'assurer de la présence d'un éducateur responsable.
- accompagner leur enfant jusqu'à l'intérieur de la salle et à venir le chercher de même, en respectant les horaires de début et fin entraînements et de convocations pour les matchs.

Fait à : _____

Le : ____ / ____ / ____

Signature du responsable :

AUTORISATION PARENTALE ANTI-DOPAGE FEDERATION



Je soussigné(e), _____ représentant légal
de l'enfant mineur ou du majeur protégé _____,
pour lequel une licence à la FFHB est sollicitée, autorise tout préleveur, agréé par l'agence française de lutte contre
le dopage (AFLD) ou missionné par la fédération internationale de handball (IHF), 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 enfant 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 (au minimum 2 ans de suspension ferme).

Fait à : _____

Le : ____/____/____

Signature du représentant légal :