



BULLETIN D'INSCRIPTION SAISON 2022-2023

Merci
de coller/agraper
la photo d'identité
ici

<http://usvaireshandball.fr>

<http://usvaireshandball.fr>

Nouveau Renouvellement

Catégorie

Senior Vétérans Loisir
 Masculin Féminine

Latéralité : Droitier Gaucher

Taille de Tee Shirt S M L XL XXL

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Taille (cm):

Adresse :

Code postal : Ville :

Numéro de téléphone Joueur

Portable :

Domicile :

Email joueur :

Profession/Etudes suivies :

Cotisation réglée le :

Espèces

Chèques

CB

Autre (préciser):

N° de chèques :

Je déclare avoir pris connaissance :

du Règlement Intérieur du Club consultable sur le site Internet, rubrique "Présentation", onglet "Inscription" des conditions du contrat d'assurance 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.

Si je souhaite souscrire cette assurance de personnes, je coche la case ci-contre.

J'autorise la cession de mon adresse postale aux partenaires commerciaux de la FFHB

J'autorise la cession de mon adresse électronique aux partenaires commerciaux de la FFHB

Je n'autorise pas le club et la FFHB à utiliser mon image

Date :

Signature :

ASSURANCE

La Fédération Française de Handball a souscrit un contrat collectif d'assurance couvrant :

- de manière obligatoire, la responsabilité civile et la défense pénale des licenciés
- de manière facultative les accidents corporels (individuelle accident) et l'assistance

Je déclare avoir pris connaissance de la possibilité de souscrire directement auprès de la MMA (0386282074) une des deux options complémentaires

Vaires-sur-Marne le :

Signature (Apposer la mention manuscrite « Lu et Approuvé ») :

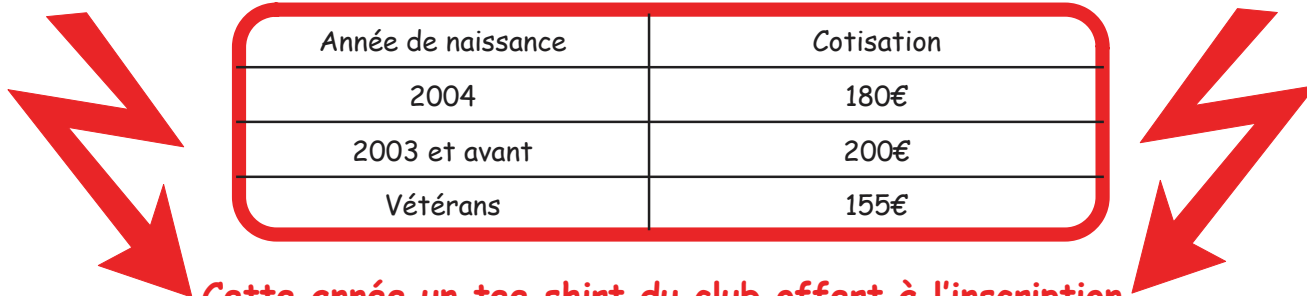
DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT POUR OBTENIR UNE LICENCE

- Bulletin d'inscription à l'US VAIRES HANDBALL dûment complété
- Certificat médical
- Règlement de la cotisation annuelle par chèques libellés à l'ordre de «US VAIRES HANDBALL»(maximum de 3 chèques), CB, espèces ou autre (chèque sport...)

DOCUMENTS SUPPLEMENTAIRES POUR UNE CREATION DE LICENCE

- Photocopie d'une pièce officielle d'identité avec photo précisant la nationalité (Recto-Verso sur la même page)
- Photo d'identité (3,5x4,5) récente avec au dos le nom et prénom du joueur

MONTANT DE LA COTISATION POUR LA SAISON 2022-2023



Année de naissance	Cotisation
2004	180€
2003 et avant	200€
Vétérans	155€

Cette année un tee shirt du club offert à l'inscription
(Tee shirt remis en début de saison)

Un jeu de maillot est fourni par le Club pour toute la saison, le short (vert) est à la charge du joueur.

Le lavage des maillots est à la charge des joueurs (à tour de rôle).

Le Club remboursera fin juin la cotisation des arbitres ayant rempli leurs obligations.

Les joueurs-entraîneurs ou joueurs-dirigeants bénéficient du demi-tarif.

Seuls les dossiers complets de demande de licence seront déposés.

AIDEZ-NOUS A TROUVER DES PARTENAIRES

Dirigeant d'entreprise, cadre, employé, peut-être avez-vous dans votre environnement un futur partenaire de l'US VAIRES HANDBALL. N'hésitez pas à nous mettre en relation. Ce sponsoring ou mécénat sera affecté prioritairement à l'équipe dans laquelle vous jouez.

Rappel : les dons peuvent donner lieu à une réduction fiscale de 66 % via un formulaire Cerfa.

Par exemple : un don de 120€ donne droit à une réduction fiscale de 80€



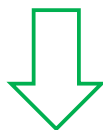
FFHANDBALL

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 :

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)1 56 70 72 72 | ffb@ffhandball.net
94046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)1 56 70 73 00 | www.ffhandball.fr

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z



FFHANDBALL

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 inexplicquée ?	<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>		



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 sportive 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
94 046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)1 56 70 73 00 | www.ffhandball.fr

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z