



BULLETIN D'INSCRIPTION SAISON 2022-2023

Merci
de coller/agrafer
la photo d'identité
ici

<http://usvaireshandball.fr>

<http://usvaireshandball.fr>

La présence d'un représentant légal est demandée pour l'inscription des mineurs

Nouveau Renouvellement

Masculin Féminine Numéro du passeport jeune :

-18 (2005 à 2007) -15 (2008/2009) -13 (2010/2011) -11 (2012/2013) -9 (2014 à 2015) -7 (2016 à 2017) Baby (2018 à 2019)

Taille de Tee Shirt 3/4ans 5/6ans 7/8ans 9/11ans 12/13ans
 S M L XL

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Taille (cm):

Latéralité : Droitier Gaucher

Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Nom/Prénom du représentant légal :

Numéro de téléphone Joueur

Portable :

Domicile :

Numéro de téléphone Représentant légal

Portable :

Domicile :

Email joueur :

Email représentant légal :

Profession (du représentant légal pour le mineurs) :

Etablissement scolaire fréquenté :

Ville :

Classe suivie :

Cotisation réglée le :

Espèces

Chèques

N° de chèques :

CB

Autre (préciser):

Devenir juge arbitre jeune au sein du Club.
(Pour tenter cette expérience intéressante cocher la case ci-contre)

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 :

AUTORISATION PARENTALE MÉDICALE

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :

Téléphone : Né le :

père mère tuteur légal

disposant du plein exercice de l'autorité parentale sur l'enfant :

Nom : Prénom :

né(e)le : à

Adresse :

Code postal : Ville:

Autorise les responsables du Club à prendre toute décision nécessaire en cas d'urgence en mon absence, y compris le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie, sur mon enfant.

Vaires-sur-Marne le : Signature (Apposer la mention manuscrite « Lu et Approuvé ») :

AUTORISATION PARENTALE POUR LE TRANSPORT

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :

Téléphone :
 père mère tuteur légal

disposant du plein exercice de l'autorité parentale sur l'enfant :

Nom : Prénom :

né(e)le : à

Adresse :

Code postal : Ville:

J'autorise le transport de mon enfant pour se rendre en aller-retour sur les lieux de compétitions officielles ou amicales de Handball dans le véhicule normalement assuré:

d'un responsable (entraîneur, dirigeant, manager) du Club de Handball US VAIRES HANDBALL

d'un parent de joueur du Club de Handball US VAIRES HANDBALL

J'accepte, si besoin, de transporter d'autres joueurs que mon enfant dans mon véhicule lors des déplacements pour les compétitions.

Je souhaite devenir dirigeant pour aider à la vie du Club et de l'équipe de mon enfant.
(Renseignements auprès des entraîneurs ou du bureau)

Vaires-sur-Marne le : Signature (Apposer la mention manuscrite « Lu et Approuvé ») :

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 joue votre enfant.

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€

DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT POUR OBTENIR UNE LICENCE

- Bulletin d'inscription à l'US VAIRES HANDBALL dûment complété
- Certificat médical (préconisé) ou attestation de santé
- Règlement de la cotisation annuelle par chèques libellés à l'ordre de «US VAIRES HANDBALL»(maximum de 3 chèques), CB, espèces ou autre (chèques sport...)
- Autorisations parentales dûment complétées et signées
- Photo d'identité (3,5x4,5) récente avec au dos le nom et prénom du joueur

DOCUMENTS SUPPLÉMENTAIRES POUR UNE CRÉATION DE LICENCE

- Photocopie d'une pièce officielle d'identité précisant la nationalité (Recto-Verso sur la même page)

MONTANT DE LA COTISATION POUR LA SAISON 2022-2023



| Catégorie | Année de naissance | Cotisation |
|---------------------|--------------------|------------|
| Baby, M-7,M-9 | 2014 à 2019 | 90€ |
| M-11 | 2012 à 2013 | 110€ |
| F-13/F-15/M-13/M-15 | 2008 à 2011 | 140€ |
| F-18/M-18 | 2005 à 2007 | 160€ |

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.

RÉDUCTIONS et AVANTAGES

Réduction pour les inscriptions multiples de frères et sœurs au sein d'une même famille:

- 10 % sur la cotisation la plus faible pour une 2^{ème} inscription
- 20 % sur la cotisation la plus faible pour une 3^{ème} inscription

Le Passeport Jeune ne sera pris en compte que s'il est joint lors de la demande d'inscription.

Bons CAF:

Le bon CAF n'est validé/tamponné par le Club qu'après le règlement intégral de la cotisation. La CAF ne pratique le remboursement que sur présentation du bon validé/tamponné.



FFHAnDBALL

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, parent ou représentant légal du mineur ou majeur protégé, autorise l'adhésion de mon enfant à la FFHandball pour les pratiques sollicitées et dans le respect des règlements fédéraux.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'adhésion à la FFHandball et les accepte.

Nom et prénom du mineur ou majeur protégé :

Nom et prénom du représentant légal :

Nom du club :

Date (jj/mm/aaaa) :

Fait à :

Signature :

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)1 54 70 72 72 | ffh@ffhandball.net
94046 CRÉTÉIL Cedex | F. +33 (0)1 54 70 73 00 | www.ffhandball.fr

AMBIÈRE 811801 - 1^{er} Degré - 784,000/704,000H / 1^{er} APE : 8853 Z



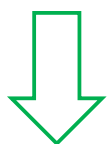
FFHANDBALL

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LE LICENCIÉ MINEUR

Dans le cadre de la demande de ma licence auprès de la FFHandball *, je soussigné atteste avoir rempli le Questionnaire de santé ci-après.

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 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

Nom et prénom du licencié mineur :

Date (jj/mm/aaaa) :
Fait à :

Signature :

Attestation du représentant légal :

Nom et prénom du représentant légal :

Date (jj/mm/aaaa) :
Fait à :

Signature :

* Questionnaire applicable dans le cadre d'une création ou d'un renouvellement de licence uniquement lorsque le licencié est mineur.

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

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

AMBIERRE 811801 - 07 800 17 00 00 0000000000 / 07 800 17 00 00

Questionnaire de santé QS-SPORT

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille un garçon Ton âge : ans

| Depuis l'année dernière | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ? | | |
| As-tu été opéré(e) ? | | |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ? | | |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ? | | |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ? | | |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé(e) sans te souvenir de ce qui s'était passé ? | | |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé(e) à interrompre un moment une séance de sport ? | | |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ? | | |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ? | | |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ? | | |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ? | | |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? | | |
| Depuis un certain temps (plus de 2 semaines) | | |
| Tu te sens très fatigué(e) ? | | |
| Tu as du mal à t'endormir ou te réveilles souvent dans la nuit ? | | |
| Tu sens que tu as moins faim ? que tu manges moins ? | | |
| Tu te sens triste ou inquiet ? | | |
| Pleures-tu plus souvent ? | | |
| Tu ressens une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | | |
| Aujourd'hui | | |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | | |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | | |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | | |
| Question à faire remplir par tes parents | | |
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il mort subitement avant l'âge de 50 ans ? | | |
| Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | | |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.) | | |

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.