



## DOSSIER D'INSCRIPTION HANDLOISIR 2023-2024

*Pour rappel* : Le certificat médical est obligatoire pour les joueurs majeurs (validité de 3ans). Pour les mineurs, il n'est obligatoire seulement si vous répondez oui à une question du questionnaire de santé.

### Coordonnées utiles :

Maëlys (Secrétariat) : [5950045@ffhandball.net](mailto:5950045@ffhandball.net) 06 21 35 02 36

Régis (Trésorier Adjoint) : 06 73 48 67 67

### Règlement (à cocher): 50€

	Espèce
	Chèque(s) , à l'ordre du HBCE + noter nom et prénom du licenciés ainsi que la date d'encaissement
	Virement bancaire IBAN : FR76 1660 6100 2202 2574 7511 188 Indiquer sur l'ordre de virement le nom, prénom du licencié + catégorie
	Chèque ANCV, Chèque vacance
	Carte bleu

### RENSEIGNEMENTS

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à ..... Département : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél Portable : ..... Tél Fixe : .....

Adresse mail obligatoire (lisible)

.....

### ENGAGEMENT

Je reconnais avoir pris connaissance de la Charte du Joueur et du règlement intérieur du HBCE, consultables dans le gymnase du club, sur le site du club : [www.hbce.kalisport.com](http://www.hbce.kalisport.com) ou sur demande.

Je m'engage à en respecter les conditions.

**Signature :**

### AUTORISATION

Je soussigné(e) ..... autorise le HBCE à diffuser mon image dans le but de promouvoir la discipline du handball.

Je soussigné(e),....., autorise les responsables du club à prendre toutes les dispositions médicales d'urgence nécessaires à mon égard.

Observations médicales que vous souhaitez signaler (allergies, traitements, etc) :

.....

**Signature :**



**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](http://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 ?		
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
<b>À ce jour :</b>		
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 ?		
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		
<i>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		