

HANDBALL CLUB MONTEUX SORGUES DU COMTAT

FICHE DE RENSEIGNEMENTS LOISIRS

SAISON 2024/2025

NOM..... PRENOM

Date de Naissance : ... / ... / Lieu Naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Adresse e-mail.....

Tel D : Tel P :

PIECES A FOURNIR

- 1 photocopie de la carte d'identité (pour les nouveaux licenciés)
- 1 certificat médical de non-contre-indication à la pratique du handball en compétition signé et tamponné (pour les nouveaux licenciés) ou le questionnaire de santé pour les renouvellements.
- 1 photo (pour les nouveaux licenciés)
- 1 chèque à l'ordre du HBC MONTEUX
- Le présent document rempli

Ne seront validés que les dossiers complets accompagnés du règlement.

Possibilité de régler la licence en trois fois.

LOISIRS MIXTE : 130€

**10 € DE REDUCTION POUR LES DOSSIERS
RENDUS COMPLETS AVANT LE 10 JUILLET**



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 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

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 : 79654670800044 / 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.

<i>RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.</i>		
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>		

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 : 754 544 769 83044 / N° APE : 9319 Z

Fiche Médicale SENIOR.

Nom :

Prénom :

N° de sécurité sociale :

Avez-vous une assurance complémentaire ?

OUI

NON

Si oui laquelle et N° d'assuré ?

.....
.....

Suivez-vous un traitement ?

OUI

NON

Si oui lequel ?

.....
.....

Etes-vous allergique ?

OUI

NON

Si oui, A quoi ?

.....
.....

Personne à prévenir en cas d'accident :

NOM :

PRENOM :

TEL :

Mentionner s'il y a lieu les interventions chirurgicales antécédentes :

-
-
-

Mentionner s'il a lieu les traumatismes répétés (Entorse, luxation etc....)

-
-
-
-
-

Fait à

Le

Signature