

Fiche d'inscription GCOB HANDBALL Saison 2018/2019



COORDONNÉES DU LICENCIÉ

M. Mme. Mlle

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Nationalité : _____

Date de naissance : ___/___/_____

Pays de naissance : _____

Département de naissance : _____

Ville de naissance : _____

Adresse postale : _____

Email 1 (OBLIGATOIRE) : _____

Email 2 : _____

Téléphone (domicile) : ___/___/___/___/___

Téléphone (portable) : ___/___/___/___/___

Si mineur : Téléphone (mère) : ___/___/___/___/___

Téléphone (père) : ___/___/___/___/___

Je ne souhaite pas que mes coordonnées postales puissent être cédées à des partenaires commerciaux de la FFHB. J'atteste être informé(e) que la FFHB, la ligue et/ou le comité dont je relève peuvent être amenés, dans le strict cadre de la promotion et du développement du handball, à utiliser des photographies prises à l'occasion de manifestations organisées par eux et présentant plus de 3 licenciés identifiables. Si je ne souhaite pas que mon image soit utilisée dans le cadre précisé ci-dessus, je coche cette case

INFORMATIONS LICENCE

Création Renouvellement Mutation

Type de licence : Joueur Mini-Hand Seniors Loisirs Dirigeant

Latéralité : Droitier Gaucher Ambidextre

Taille du licencié (en cm) : _____

Par la présente, 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).

Signature de l'adhérent(e) (même mineur)

Si mineur ou protégé : signature du représentant légal

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), docteur _____

Certifie avoir examiné ce jour _____

Né(e) le ___/___/_____

Et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique du handball en compétition ou en loisir

SIGNATURE ET TAMPON DU MÉDECIN

Fait le ___/___/_____