

BORDEREAU DEMANDE D'ADHESION

SAISON 2021-2022

AS CANNES MANDELIEU HANDBALL



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PRATIQUANT

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____

Ville de naissance : _____

Pays : _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____

Ville : _____

Tel portable (*) : _____

Tel domicile : _____

Adresse mail (*) : _____ @ _____

(*) renseignements obligatoires

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

DISPOSITIONS PARTICULIERES RELATIVES AUX LICENCIES MINEURS

Je soussigné, M. ou Mme _____ parent ou représentant légal du mineur ou majeur protégé _____,

Autorise l'adhésion de mon enfant à la FFHB pour les pratiques sollicitées et dans le respect des règlements fédéraux, au club de L'AS Cannes Mandelieu Handball.

En outre, si cela était nécessaire, j'autorise le transfert de mon enfant à l'hôpital par un service d'urgence (pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie.

Dans le cas où mon enfant sollicite une licence « pratiquant » notamment en compétitions conformément aux dispositions du Code du Sport, j'autorise tout préleveur, agréé par l'Agence Française de Lutte contre le Dopage (AFLD) ou missionné par la Fédération Internationale (IHF) ou la Fédération Européenne de Handball (EHF), 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 mineur ou le majeur protégé.

Je n'autorise pas, dans ce cas : Je reconnais avoir pris connaissance que l'absence d'autorisation parentale pour le mode de prélèvement susvisé est constitutif d'un refus de soumettre mon enfant à ce contrôle antidopage et est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires pour mon enfant ou le majeur protégé (au minimum 2 ans de suspension ferme pour la 1^{ère} infraction).

Fait à : _____, le ____ / ____ / ____

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

Signature de l'adhérent(e) :

Si mineur ou protégé : signature des parents ou du représentant légal

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), docteur _____ certifie avoir examiné ce jour M/Mme _____

né(e) le : ____ / ____ / ____ et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique du handball en compétition ou en loisir.

Données morphologiques :

Signature et tampon du médecin :

Taille (*) : ____ cm Poids : ____ kg

Fait à : _____, le ____ / ____ / ____

Latéralité (*) : Gaucher

Droitier

Ambidextre

(*) renseignements obligatoires