

# Fiche d'inscription GCOB HANDBALL Saison 2019/2020



## 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_