



<http://usvaireshandball.free.fr>

DEMANDE D'INSCRIPTION SAISON 2020-2021

FEMININE -18 -15 -13 -11 -9 BabyHand

MASCULIN -18 -15 -13 -11 -9 BabyHand

PASSEPORT JEUNE N°

NOM DU JOUEUR :

CREATION

PRENOM :

RENOUVELLEMENT

DATE DE NAISSANCE :

TAILLE (cm):

LIEU DE NAISSANCE :

LATERALITE: DROITIER/GAUCHER

ADRESSE :

NOM DU REPRESENTANT LEGAL (si différent) :

TELEPHONES PARENTS : DOMICILE BUREAU PORTABLE

COURRIEL PARENTS : @

TELEPHONE JOUEUR : PORTABLE

COURRIEL JOUEUR: @

PROFESSION :
celle des parents pour les mineurs

ETABLISSEMENT SCOLAIRE FREQUENTE :

VILLE : CLASSE SUIVIE :

COTISATION REGLEE LE : ESPECES CHEQUE N°

Tu peux devenir juge arbitre jeune au sein du Club. Si tu veux tenter cette expérience intéressante alors coche la case ci-contre afin que nous puissions organiser ton intégration.

Je déclare avoir pris connaissance :

- du Règlement Intérieur du Club consultable sur le site Internet, rubrique "Présentation", onglet "Inscription"
- des conditions du contrat d'assurance MMA n°114 246 500 souscrit par la FFHB et être informé(e) de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat de personnes couvrant les dommages corporels auxquels la pratique du handball peut m'exposer.
- Si je souhaite souscrire cette assurance de personnes, je coche la case ci-contre.
- J'autorise la cession de mon adresse postale aux partenaires commerciaux de la FFHB
- J'autorise la cession de mon adresse électronique aux partenaires commerciaux de la FFHB
- Je n'autorise pas le club et la FFHB à utiliser mon image

Le :

Signature :

AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION URGENTE

Je soussigné,

demeurant :

Agissant en qualité de : Père Mère Tuteur Légal

Autorise le responsable du Club, en cas d'accident, à prendre sur avis médical toutes les mesures d'urgence médicale, chirurgicale et d'hospitalisation qui seraient rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant:

Prénom

Nom

AUTORISATION PARENTALE POUR LE TRANSPORT D'UN JOUEUR ENFANT MINEUR LICENCIE FFHB

Je soussigné,

demeurant :

Agissant en qualité de : Père Mère Tuteur Légal

Autorise mon enfant:

Prénom

Nom

A voyager dans le véhicule personnel normalement assuré:

de toute personne licenciée au Club de l'US VAIRES HANDBALL
(dirigeant, entraîneur, arbitre, manager)

de tout parent de joueur accompagnant à une compétition

pour se rendre, en aller et retour, sur les lieux de toutes compétitions officielles ou rencontres amicales de Handball pour lesquelles mon enfant dénommé précédemment aura été convoqué par le Club de l'US VAIRES HANDBALL.

D'autre part, j'accepte à la demande des dirigeants du Club, chaque fois que cela sera possible, de transporter mon enfant et d'autres joueurs de la même équipe sous réserve du nombre de places autorisées par la carte grise de mon véhicule.

Vous souhaitez aider le Club, et en particulier l'entraîneur de l'équipe de votre enfant, en devenant dirigeant. (cochez la case ci-contre)

Fait à:

Le:

Signature des parents :

Apposer la mention manuscrite "Lu et Approuvé"

la présence d'un parent (ou des parents) est fortement souhaitée lors de l'inscription des mineurs

AIDEZ-NOUS A TROUVER DES PARTENAIRES

Dirigeant d'entreprise, cadre, employé, peut-être avez-vous dans votre environnement un futur partenaire de l'US VAIRES HANDBALL. N'hésitez pas à nous mettre en relation. Ce sponsor ou mécène pourra être affecté à l'équipe dans laquelle joue votre enfant ou au club en général selon le montant :

Rappel : les dons donnent lieu à une réduction fiscale de 66% sur l'impôt sur le Revenu

Je donne 120 Euros soit 40 Euros après réduction d'impôt

Je donne 60 Euros soit 20 Euros après réduction d'impôt



FFHANDBALL

CERTIFICAT MÉDICAL

(Article L231-2 du code du sport)

Je soussigné(e), docteur

certifie avoir examiné ce jour M. Mme

né(e) le *(jj/mm/aaaa)* :

et n'avoir décelé aucune contre-indication à la pratique sportive en compétition ou en loisir.

Date *(jj/mm/aaaa)* :

Signature et tampon du praticien
obligatoires

Données morphologiques facultatives communiquées pour permettre une analyse globale fédérale anonymée :

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)1 56 70 72 72 | ffhb@ffhandball.net
94 04 6 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)1 56 70 73 00 | www.ffhandball.fr

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z

QUESTIONNAIRE REPRISE POST CONFINEMENT



Nom :

Prénom :

Date :

Température :

Depuis le confinement puis le déconfinement :

Avez-vous consulté un médecin ?

oui non

Avez-vous bénéficié d'une téléconsultation avec un médecin ?

oui non

Avez-vous déclaré une blessure ou une maladie (sans rapport avec le Covid-19) ?

oui non

Pendant le confinement ou depuis le début du déconfinement, avez-vous présenté les signes suivants :

	Oui	Non	Survenue brutale ?	Date apparition	Durée en jours
Fièvre (+/- frissons, sueurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Toux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Difficulté à respirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Douleur ou gêne thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Douleurs musculaires inexpliquées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fatigue intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Maux de tête inhabituels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Perte de l'odorat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Perte du goût	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Maux de gorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Troubles digestifs associés (diarrhée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Eruption cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Engelures (orteil ou doigt violacé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Avez-vous été dépisté

Si oui : date et résultat du test

oui non
positif négatif

Depuis le début du confinement puis du déconfinement, y a-t-il eu dans votre entourage proche :

Des personnes malades du Covid-19 ou suspectes de Covid-19

oui non

Avez-vous pris + de 5kg pendant le confinement ?

oui non

Avez-vous limité votre activité physique à moins de 2 fois par semaine depuis mars ?

oui non

Avez-vous ressenti au cours des efforts physiques :

Une difficulté à faire un exercice facile pour vous habituellement ?

oui non

Vous essoufflez-vous plus vite ?

oui non

Avez-vous plus de courbatures qu'avant ?

oui non

Votre fréquence cardiaque au repos est-elle plus rapide qu'avant ?

oui non

Avez-vous ressenti des palpitations ?

oui non

Comment vous sentez-vous d'un point de vue général sur une échelle de 1 à 10 ?

(0 = méforme totale et 10 = forme excellente)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Depuis le déconfinement :

Ressentez-vous des appréhensions à la reprise sportive ?

oui non

Ressentez-vous du stress ou de l'anxiété avec le déconfinement (sur une échelle de 1 à 10) ?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Avez-vous eu des troubles du sommeil ?

oui non

Maintenant :

Souhaitez-vous une aide ou un soutien psychologique pour la reprise, si vous avez des questions ou des appréhensions personnelles ou en rapport avec la motivation ou la performance ?

oui non

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)156 70 72 72 | ffb@ffhandball.net
94046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)156 70 73 00 | www.ffhandball.fr

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z



FFHANDBALL

SURVEILLANCE POST DÉLIVRANCE DU CACI

Votre médecin vous a délivré ce jour votre certificat d'absence de contre-indication à la pratique sportive (CACI).

Mais attention,
vous devez **arrêter immédiatement toute activité physique**
et **consulter rapidement un médecin**
devant l'apparition des **signes d'alerte suivants**

Au repos :

température > 38°
perte brutale du **goût** et / ou de l'**odorat**
fatigue anormale
courbatures invalidantes (impossibilité de se lever ou grosses difficultés à bouger)
reprise ou apparition d'une **toux sèche**

Au cours ou après un effort :

douleur dans la **poitrine**
essoufflement anormal
palpitations

NE PAS PRENDRE DE PARACÉTAMOL À TITRE PRÉVENTIF
NE PAS PRENDRE D'ANTI-INFLAMMATOIRE SANS AVIS MÉDICAL

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)1 56 70 72 72 | ffhb@ffhandball.net
94046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)1 56 70 73 00 | www.ffhandball.fr

Association loi 1901 - N° Siret : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z



FFHAnDBALL

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, parent ou représentant légal du mineur ou majeur protégé, autorise l'adhésion de mon enfant à la FFHandball pour les pratiques sollicitées et dans le respect des règlements fédéraux.

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 de l'article R232-52 du Code du sport,

j'autorise

je n'autorise pas



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 enfant mineur ou le majeur protégé.

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 (au minimum 2 ans de suspension ferme pour la 1^{re} infraction)

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

Nom et prénom du mineur ou majeur protégé :

Nom et prénom du représentant légal :

Nom du club :

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 : 784.544.769.00044 / N° APE : 9319 Z



**" A CONSERVER
PAR L'ADHERENT "**

DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT POUR OBTENIR UNE LICENCE

RENOUVELLEMENT DE LICENCE : JOINDRE LES DOCUMENTS SUIVANTS

- 1 Demande d'Inscription à "US VAIRES HANDBALL" dûment complétée
- 1 **Certificat Médical**
- 1 Règlement par chèque (Maxi 3 chèques), espèces ou Carte Bleue de la cotisation annuelle
(libeller le(s) chèque(s) à l'ordre de US VAIRES HANDBALL pour un encaissement jusqu'à fin décembre)
- 1 Autorisation parentale dûment complétée et signée par un parent
- 1 Photo d'identité récente avec le prénom et le nom du joueur
- 2 Enveloppes affranchies au tarif en vigueur et libellées au prénom et nom du joueur pour la convocation à l'Assemblée Générale et pour la reprise de l'activité pour ceux qui ne renseigneraient pas une adresse mail valide

CREATION DE LICENCE: DOCUMENTS SUPPLEMENTAIRES A FOURNIR

- 1 Photocopie d'une pièce officielle d'identité avec photo et précisant la nationalité du joueur
(Recto-Verso et impression du même côté)

ps : BONS CAF : Le club valide les bons CAF qu'une fois la cotisation réglée. Cette dernière doit être intégralement versée au club. La CAF rembourse les parents sur présentation du bon validé par le club

MONTANT DE LA COTISATION ANNUELLE POUR LA SAISON 2020-2021

année de naissance
joueurs nés de 2012 à 2015
joueurs nés en 2010 et 2011
joueurs nés en 2008 et 2009
joueurs nés en 2006 et 2007
joueurs nés en 2003, 2004 et 2005
joueurs nés en 2002
joueurs nés en 2001 et avant 2001
Vétérans

cotisations
85 €
105 €
135 €
135 €
155 €
175 €
195 €
150 €

**Tarifs
Inchangés**

Un jeu de maillot est fourni par le Club pour toute la saison, le short de couleur verte reste à la charge du joueur. Le lavage du jeu de maillots est à la charge des familles à tour de rôle.

Un demi-tarif sera appliqué pour les joueurs-entraîneurs et les joueurs-dirigeants

La demande de Licence sera déposée auprès de la LIGUE uniquement lorsque tous les documents demandés sont en possession du Club.

Il est rappelé que seul un joueur qualifié par la ligue peut prendre part aux rencontres.

REDUCTION POUR LES JOUEURS NES DEPUIS 2003

Une réduction de 15 % sera appliquée sur l'inscription du 2ème membre d'une même famille

Une réduction de 25 % sera appliquée sur l'inscription du 3ème membre d'une même famille

PASSEPORT JEUNE DE LA VILLE DE VAIRES

Le Passeport Jeune ne sera pris en compte que s'il est joint à la Demande d'Inscription complète.