

<b>SAISON</b> 2008 - 2009	N° Ligue	N° Comité	N° Club	Sexe 1 - Masculin 2 - Féminin	N° Adhérent	N° (Réservé Ligue)
Sigle du Club : _____						
NOM du Club : _____						

**FICHE DE RENSEIGNEMENT**

<input type="checkbox"/> M. - <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	Nom (ou nom de jeune fille) : _____ Nom d'épouse : _____ Prénom : _____ Né(e) le : _____ Pays de naissance : _____ Ville de naissance : _____ N° Dép. de naissance : _____ Nationalité : _____ Adresse : _____ _____ _____ Code Postal : _____ Ville : _____ Pays : _____ Tél. Dom. : _____ Tél. Bureau : _____ Tel. Port. : _____ Télécopie (Fax) : _____ E-mail : _____
---	--

L'adhérent(e) remplit la FICHE DE RENSEIGNEMENT, fait remplir le CERTIFICAT MEDICAL par un médecin et remet ensuite le dossier à son club, qui le valide et le remet à la ligue pour enregistrement.

« Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit, il vous suffit d'écrire au président de la FFHB en fournissant un justificatif d'identité. »

- Cochez cette case si vous ne souhaitez pas que vos coordonnées postales puissent être cédées à des partenaires commerciaux.  
 Cochez cette case si vous souhaitez que votre courriel (e-mail) puisse être cédé à des partenaires commerciaux.

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus. Je reconnais avoir pris connaissance des conditions du contrat d'assurance souscrit par la FFHB (contrat MMA n° 114 246 500) et de la possibilité de souscrire, à titre individuel, une des trois options complémentaires. Je déclare me soumettre aux règlements en vigueur à la FFHB, à la Ligue et au comité dont je relève. J'atteste également 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 .

Signature de l'adhérent(e)

Si mineur : signature des parents ou du représentant légal

**SITUATION ADMINISTRATIVE (à Vérifier et compléter par le Club)**

<input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Création <input type="checkbox"/> Mutation		Mutation : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C		Nom, signature et tampon du club    Date : __/__/__	
Licence demandée	Compétitive :	Joueur <input type="checkbox"/>	Blanche Joueur <input type="checkbox"/>		Dirigeant <input type="checkbox"/>
		Vétéran <input type="checkbox"/>	Blanche Dirigeant <input type="checkbox"/>		Jeune Dirigeant <input type="checkbox"/>
		Corpo <input type="checkbox"/>			
	Autre :	Avenir <input type="checkbox"/>	Handensemble <input type="checkbox"/>		
		Pour information, indiquer les qualités éventuelles : <input type="checkbox"/> Entraîneur - <input type="checkbox"/> Arbitre			

**ENREGISTREMENT PAR LA LIGUE (Réservé Ligue)**

Cachet de la Poste ____/____/____	Date de Qualification ____/____/____	Visa de la ligue : _____
--------------------------------------	---	--------------------------

**CERTIFICAT MEDICAL (à faire remplir par un médecin)**

[ECRIRE EN MAJUSCULE, SVP]

Obligatoire pour les licences « Joueur », « Vétéran », « Corpo », « Blanche Joueur », « Loisir » et « Handensemble ». Facultatif pour la licence « Avenir »

Je soussigné(e), docteur : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour    M. - Mme - Mlle

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Taille : \_\_\_\_m    Poids : \_\_\_\_\_Kg

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

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    Signature et Tampon du médecin → \_\_\_\_\_