



# INFORMATIONS

## DOSSIER 2024 D'INSCRIPTION 2025

Dossier à retourner dûment complété à votre responsable d'équipe  
ou par mail à l'adresse : [secretariat@hcbrotonne-letrait.fr](mailto:secretariat@hcbrotonne-letrait.fr)

Contacts secrétariat : Stéphanie LEBAS - 06 73 52 73 96 ou Quentin DROS - 07 82 91 85 00

### PROCÉDURE POUR PRENDRE OU RENOUELER UNE LICENCE

1. Complétez et signez la fiche secrétariat (page 2 et 3).
2. Joindre la copie du certificat médical type (page 4) remplie par votre médecin. Celui-ci est valable durant 3 ans. Durant cette période, ne pas refaire de certificat médical mais remplir les questionnaires de santé, pour les majeurs (pages 5 et 6) – Pour les mineurs (pages 7 et 8).
3. Joindre la copie de votre carte d'identité recto verso ou le livret de famille. (nouveau licencié uniquement)
4. Joindre une photo d'identité. (nouveau licencié uniquement)
5. Pour les mineurs, joindre l'autorisation parentale (page 9).
6. Joindre votre cotisation dont vous trouverez le tarif en bas de cette page.

Pour les nouveaux joueurs mutés, une participation financière sous forme de caution d'un montant de 150€ est demandée.

Transmettre les documents et votre règlement financier à votre responsable d'équipe. Vous recevrez un mail sur votre boîte électronique afin de valider votre demande de licence.

### MOYENS DE PAIEMENT

Il est possible de régler votre cotisation en plusieurs fois (3 fois maximum) avec un délai maximum fixé au 31 décembre 2024. Vous établirez alors plusieurs chèques dont le montant total est égal au prix de la cotisation. Notez au dos les dates auxquelles vous souhaitez qu'ils soient encaissés. Les éléments de réduction (coupon ANCV, Pass'sports, Atout Normandie...) sont acceptés pour le règlement des cotisations.

Paiement(s) :	Cadre réservé au secrétariat :
<input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Espèce <input type="checkbox"/> Carte bancaire <input type="checkbox"/> Virement <input type="checkbox"/> Chèque vacances ANCV <input type="checkbox"/> Coupon sports ANCV <input type="checkbox"/> Pass Jeunes 76 <input type="checkbox"/> Pass'Sport - Ministère des Sports <input type="checkbox"/> Atout Normandie	Date : _____ Type de paiement : _____

### TARIFS COTISATION 2024/2025

Catégories	Tarifs	Catégories	Tarifs
BABY-HAND	70€	LOISIR	80€
MINI HAND / -11 / -13 / -15 ANS	90€	DIRIGEANT	50€
SENIOR COMPÉTITION	120€	ARBITRE	Gratuit



# FICHE SECRÉTARIAT 1/2

## DOSSIER 2024 D'INSCRIPTION 2025

Afin que nous puissions facilement vous contacter, merci de compléter ce formulaire en CAPITALES D'IMPRIMERIE. Ces données resteront au sein du club et ne pourront en aucun cas être cédées à des tiers.

Contacts secrétariat : Stéphanie LEBAS - 06 73 52 73 96 ou Quentin DROS - 07 82 91 85 00

### INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Taille (en cm) : \_\_\_\_\_  Gaucher  Droitier  Ambidextre

Mail : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

MERCI D'INSCRIRE VOTRE ADRESSE MAIL LISIBLEMENT POUR LA SUITE DE LA PROCEDURE INFORMATIQUE.

### INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LES MINEURS

Qualité (rayer) : Père - Mère - Tuteur Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

### ACCORD PARENTAL POUR LES MINEURS

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

autorise mon enfant à être transporté en voiture particulière ou en minibus/car, dans le cadre des déplacements sportifs au sein du HCBT, qu'il soit conduit par une personne opérant à titre de bénévole ou à titre de transporteur professionnel.

autorise les éducateurs de l'équipe ou toute personne faisant partie intégrante du club, à prendre les mesures nécessaires d'urgence en cas d'accident survenant à mon enfant lors des séances, compétitions ou stages du club.

### DROIT À L'IMAGE (POUR TOUS)

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

déclare autoriser l'association HANDBALL CLUB BROTONNE - LE TRAIT à utiliser les vidéos et photographie prises de leur personne et les reproduire en partie ou en totalité sur tout support (Internet, Intranet, papier, numérique, magnétique, tissu, plastique, etc.), les intégrer à tout autre matériel (photographie, dessin, illustration, peinture, vidéo, animations, etc.) connus et à venir pour les activités du HANDBALL CLUB BROTONNE - LE TRAIT (article 10 du règlement intérieur du club).

Date et Signature  
du document :



# FICHE SECRÉTARIAT 2/2

## DOSSIER 2024 D'INSCRIPTION 2025

Contacts secrétariat : Stéphanie LEBAS – 06 73 52 73 96 ou Quentin DROS – 07 82 91 85 00

### BÉNÉVOLAT

Votre club s'appuie sur les bénévoles sans lesquels nous ne pourrions pas fonctionner. Ce sont des joueurs, joueuses, dirigeants, des passionnés de HANDBALL et aussi des parents qui accompagnent leurs enfants. Afin d'améliorer et partager les missions au sein du club, nous recherchons des nouveaux bénévoles pour compléter nos équipes. Les domaines d'intervention sont divers et variés, et nécessitent plus ou moins de temps. Chacun peut contribuer à sa manière avec le temps qu'il souhaite y consacrer et nous vous accompagnerons par une formation le cas échéant.

#### SANS BÉNÉVOLES, PAS DE MATCH, PAS DE CLUB !

Oui, j'accepte d'être contacté par un membre du bureau directeur du club pour faire partie de la grande famille des bénévoles du Handball Club Brotonne - Le Trait pour :

- Encadrement d'équipe  Table de marque  Événements du club  Com. partenariats  Com. arbitrage

### COMMISSION PARTENARIATS

La commission partenariats cherche à identifier de nouvelles ressources au sein du club. Nous vous serions reconnaissants de bien vouloir nous indiquer votre profession et l'entreprise dans laquelle vous travaillez, **si celle-ci pourrait être intéressée par un partenariat avec notre club**. Il est crucial pour le club d'avoir des partenaires, car cela nous permet de financer nos activités, d'améliorer nos équipements et de soutenir nos membres de manière plus efficace. N'hésitez pas également à nous communiquer les coordonnées de toute entreprise de votre connaissance qui pourrait être intéressée par un partenariat avec notre club.

Oui, j'accepte d'être contacté par un membre de la commission partenariats du Handball Club Brotonne - Le Trait.

### CHARTRE DU LICENCIÉ - DROITS & DEVOIRS

Le plaisir du jeu, la convivialité et le collectif sont nos priorités, c'est pourquoi tous les licenciés (y compris les parents) doivent conjuguer leurs efforts pour y contribuer.

#### 1. Avoir un comportement respectueux et fair-play :

- Respecter entraîneurs, dirigeants, autres joueurs, adversaires, arbitres,...
- Respecter les règles du Handball et les consignes présentées par l'entraîneur.
- Refuser toute forme de tricherie et de comportement violent.
- Respecter le matériel du club et les équipements mis à notre disposition (y compris lors des déplacements).
- Laisser en état de propreté les vestiaires, gradins, locaux et abords du terrain.
- Ne pas mettre en cause l'image du club dans les lieux publics ainsi que sur tous supports informatique.
- Véhiculer une bonne image du club par un esprit de fair-play.

#### 2. Participer activement à la vie du club en :

- Répondant à quelques sollicitations durant la saison : table de marque, arbitrage, lavage des maillots...
- Étant assidu aux entraînements et aux matchs de mon équipe.
- Prévenant au plus tôt l'entraîneur (entraînements, matchs) en cas d'empêchement ou d'absence future programmée.
- Contribuant aux déplacements de mon équipe à tour de rôle.

Pour le faire vivre, le projet du club suppose la participation de tous en développant notre esprit de bénévolat et de solidarité.

Date et Signature  
du document :



**FFHANDBALL**

# CERTIFICAT MÉDICAL

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 du handball en compétition ou en loisir.**

Date (jj/mm/aaaa) :

**Signature et tampon du praticien**  
*obligatoires*

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)156 70 72 72 | [ffhb@ffhandball.net](mailto:ffhb@ffhandball.net)  
94046 CRÉTEIL Cedex | F. +33 (0)156 70 73 00 | [www.ffhandball.fr](http://www.ffhandball.fr)

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



**FFHANDBALL**

## **ATTESTATION - QUESTIONNAIRE DE SANTÉ** **pour le renouvellement de ma licence Handball** *(ne concerne que les licenciés majeurs 2024-2025)*

Dans le cadre de la demande de renouvellement de ma licence auprès de la FFHandball, je soussigné atteste avoir rempli le Questionnaire de santé fixé par arrêté du ministre chargé des sports daté du 20 avril 2017 et publié au *Journal officiel* du 4 mai 2017.

Dans le respect du secret médical, je conserve strictement personnel ledit questionnaire et m'engage à remettre la présente attestation au club au sein duquel je sollicite le renouvellement de ma licence.

Conformément aux dispositions de l'article D. 231-1-4 du Code du sport,

J'ai répondu **NON** à chacune  
des rubriques du  
questionnaire



*dans ce cas : je transmets  
la présente attestation  
au club au sein duquel  
je sollicite le renouvellement  
de ma licence*

J'ai répondu **OUI** à une ou  
plusieurs rubriques du  
questionnaire



*dans ce cas : je suis informé  
que je dois produire à mon club  
un certificat médical datant de  
moins de 6 mois et attestant  
l'absence de contre-indication  
à la pratique du handball*

**Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions réglementaires de la FFHandball relatives au certificat médical (article 30.2 des règlements généraux et articles 9 à 16 du règlement médical), disponibles dans l'Annuaire sur le [site Internet de la fédération](#)).**

Nom et prénom :

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](http://www.ffhandball.fr)

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



# FFHANDBALL

## Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive

Le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports,  
Vu le code du sport, notamment ses articles L. 231-2 à L. 231-2-3 et D. 231-1-1 à D. 231-1-5,

Annexe II-22 (Art. A. 231-1) du Code du sport  
Renouvellement de licence d'une fédération sportive  
Questionnaire de santé " QS-SPORT "

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.		
Durant les douze derniers mois :	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>À ce jour :</b>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		



**FFHANDBALL**

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ POUR LE LICENCIÉ MINEUR 2024/2025

Dans le cadre de la demande de ma licence auprès de la FFHandball \*, je soussigné atteste avoir rempli le Questionnaire de santé ci-après.

Dans le respect du secret médical, je conserve strictement personnel ledit questionnaire et m'engage à remettre la présente attestation au club au sein duquel je sollicite ma licence.

J'ai répondu **NON** à  
chacune des rubriques du  
questionnaire



*dans ce cas : je transmets  
la présente attestation  
au club au sein duquel  
je sollicite le renouvellement  
de ma licence*

J'ai répondu **OUI** à une ou  
plusieurs rubriques du  
questionnaire



*dans ce cas : je suis informé  
que je dois produire à mon  
club un certificat médical  
datant de moins de 6 mois et  
attestant l'absence de  
contre-indication à la pratique  
du handball*

Nom et prénom du licencié mineur :

Date (jj/mm/aaaa) :  
Fait à :

Signature :

**Attestation du représentant légal :**

Nom et prénom du représentant légal :

Date (jj/mm/aaaa) :  
Fait à :

Signature :

\* Questionnaire applicable dans le cadre d'une création ou d'un renouvellement de licence uniquement lorsque le licencié est mineur.

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.ff-handball.org

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



# FFHANDBALL

Conformément à la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 publiée au JO le 8 décembre 2020

## Questionnaire de santé

**Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :** il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t'il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es  une fille  un garçon      Ton âge :      ans

Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		
As-tu été opéré(e) ?		
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé(e) sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé(e) à interrompre un moment une séance de sport ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>après</u> un effort ?		
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
Tu te sens très fatigué(e) ?		
Tu as du mal à t'endormir ou te réveilles souvent dans la nuit ?		
Tu sens que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		
Tu te sens triste ou inquiet ?		
Pleures-tu plus souvent ?		
Tu ressens une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?		
<b>Aujourd'hui</b>		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?		
<b>Question à faire remplir par tes parents</b>		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il mort subitement avant l'âge de 50 ans ?		
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)		

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

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.ff-handball.org

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.

**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) :

*Signature :*

**FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL**

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)1 56 70 72 72 | [ffh@ffhandball.net](mailto:ffh@ffhandball.net)  
94046 CRÉTÉIL Cedex | F. +33 (0)1 56 70 73 00 | [www.ffhandball.fr](http://www.ffhandball.fr)

Association loi 1901 - N° Siret : 796 246 796 00044 / N° APE : 9329 2