

# IRISARTARRAK HB

Procédure inscription école de hand - 2022/2023



## 1 JE COMPLÈTE LA LICENCE EN LIGNE

### RENOUVELLEMENT LICENCE

(j'étais licencié(e) au club la saison passée)



### CRÉATION DE LICENCE

(je n'étais pas licencié(e) au club la saison passée)



- Vous allez recevoir un mail de « FFHandball » avec le lien qui permet de compléter le formulaire de licence (vérifier spams, indésirables). Vous devez suivre les étapes, la signature est électronique

Si problème contacter : [licences.ihb@gmail.com](mailto:licences.ihb@gmail.com)

- Vous devez transmettre à l'entraîneur ou par mail à : [licences.ihb@gmail.com](mailto:licences.ihb@gmail.com) les coordonnées du licencié. Nom, prénom, date de Naissance, une adresse mail.
- Vous allez recevoir un 1er un mail de FFHandball pour valider l'adresse mail (vérifier spams, indésirables)
- Vous allez recevoir un 2ème mail de « FFHandball » avec le lien qui permet de compléter le formulaire de licence (vérifier spams, indésirables). Il suffit de suivre les étapes

### Documents que vous aurez besoin :

- Photo d'identité récente
- Document d'identité
- Certificat médical OPTIONNEL en fonction des réponses que vous donnerez sur le questionnaire santé en ligne (Si besoin modèle du certificat à utiliser en page 3)

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

Dans ce cas, le CERTIFICAT MEDICAL N'EST PAS NECESSAIRE !

LE QUESTIONNAIRE SANTE MINEUR (que vous allez compléter en ligne)

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

## 2 JE PAYER LA LICENCE

Tarifs licences 22/23	TOTAL à payer	FFHB, Ligue, Comité	Pack Joueur	Fonctionnement club
Moins 12 ans (2011 ou après)	115,00	47,00	30,00	38,00
Entre 12/16 ans (2010 à 2006)	135,00	67,00	30,00	38,00
Plus de 16 ans (2005 ou avant)	155,00	87,00	30,00	38,00
Hand Loisirs	120,00	52,00	30,00	38,00

- Règlement à rendre à l'entraîneur de préférence par chèque à l'ordre de : IRISARTARRAK HB
- PAYER en 3X : Possibilité de payer en 3 fois. choix des dates d'encaissement au dos du chèque.
- Pass'Sport : nous donner le courrier ou mail de Pass'sport imprimé en entier + complément par chèque
- Remise « Familles Nombreuses » : 5€ de réduction pour le deuxième enfant, 10€ réduction pour le troisième enfant, 20€ de réduction pour le quatrième enfant.
- Carte d'abonnement (30€) permettant d'accéder à tous les matchs de l'équipe fanion pour les parents d'enfants licenciés disponible en ligne sur la plateforme HelloAsso d'Irisartarrak HB !

## 3 AUTORISATION PARENTALE CLUB

Pour les mineurs « l'autorisation parentale Irisartarrak HB » est à rendre en même temps que la cotisation directement à l'entraîneur au plus vite. (modèle page 2)

SAMEDI / Larunbata

10H30 - 11H30

Ecole de Hand 1  
2016 / 2017

11H30 - 12H30

Ecole de Hand 2  
2014 / 2015

**CLÔTURE DES INSCRIPTIONS ÉCOLE DE HAND LE 15/10/2022**

Pour toutes questions concernant la licence nous contacter : [licences.ihb@gmail.com](mailto:licences.ihb@gmail.com)



# IRISARTARRAK H.B – SAISON 2022/2023

## AUTORISATION PARENTALE IRISARTARRAK HB

Pour les mineurs, ce document est à rendre en même temps que la cotisation à l'entraîneur et impérativement avant la première rencontre

### RESEIGNEMENTS JOUEUR :

Nom : ..... Prénom : ..... Date de Naissance : ...../...../.....  
Adresse : ..... Code Postale : ..... Ville : .....  
N° de sécurité sociale : .....  
Si mutuelle complémentaire laquelle : ..... N° de la mutuelle : .....  
Contre-indications médicales ou allergies : .....  
Mon enfant a subi les vaccins : Polio :  Oui  Non Tétanos :  Oui  Non

### RENSEIGNEMENTS PERE :

NOM, Prénom : .....  
Tél portable : ...../...../...../...../.....  
Tél fixe : ...../...../...../...../.....  
Adresse : .....  
E-mail : .....

### RENSEIGNEMENTS MERE :

NOM Prénom : .....  
Tél portable : ...../...../...../...../.....  
Tél fixe : ...../...../...../...../.....  
Adresse : .....  
E-mail : .....

### Personne à contacter en cas d'urgence autre que parents (les parents seront contactés en priorité) :

Nom : ..... Prénom : ..... Tél : ..... Lien : .....

### ☞ I / Autorisation Médicale Parentale :

En cas d'urgence médicale une autorisation écrite des parents est obligatoire pour les interventions des médecins consultés : examens, anesthésie, chirurgie... Dans tous les cas, les parents sont prévenus prioritairement par téléphone. L'attestation ci-dessous est destinée à accélérer l'intervention médicale (après appel téléphonique).

Je soussigné(e), responsable légal, M./Mme .....



Autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à réaliser toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.

### ☞ II / Droit à l'image :

J'autorise l'association IRISARTARRAK HB, à photographier ou filmer mon enfant au cours des entraînements, des compétitions ou des activités du club et à utiliser ces images (photographies ou films vidéo) uniquement dans le cadre des activités du club. L'utilisation de ces images se fera, plus particulièrement sur le site web du club, sur les réseaux sociaux du club, les articles de presse concernant le club, les photos affichées à la salle Airoski.

Ces images ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni vendues, ni utilisées à d'autres usages.

Je m'engage, par la présente à ne pas exercer de recours ultérieur en cas de publication de ces images.

### ☞ III / Autorisation de Transport :

J'autorise l'association IRISARTARRAK HB à transporter mon enfant pour les activités du club, avec les minibus, avec le véhicule d'un parent accompagnateur ou le véhicule d'un entraîneur.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés,

Fait à ..... Le ...../...../.....

Nom(s), Prénom(s), Signature(s) du/des responsable(s) : précédée de la mention « lu et approuvé »



**FFHANDBALL**

# CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e), docteur

certifie avoir examiné ce jour      M.      M<sup>me</sup>

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*

**Le tampon du médecin doit être entièrement lisible avec son n°RPPS.**

**Si c'est un médecin remplaçant ajouter également le tampon du médecin remplacé avec le n°RPPS.**

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE HANDBALL

1, rue Daniel-Costantini, CS 90047 | T. +33 (0)1 56 70 72 72 | [ffhb@ffhandball.net](mailto:ffhb@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