

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT POUR LES LICENCIÉS MINEURS

TAILLE EN CM: _____

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.

J'autorise mon enfant à se déplacer dans le véhicule personnel ou non des dirigeants du Pays de Grasse HB

ASPTT ou des parents d'autres enfants licenciés **OUI - NON (entourer la mention choisie)**

J'autorise, à titre gracieux, la diffusion de photos ou vidéos de mon enfant dans le cadre d'une activité du Pays de Grasse HB ASPTT sur les supports de communication (papier, site internet, Facebook, instagram et autres)

du Pays de Grasse HB ASPTT **OUI - NON (entourer la mention choisie)**

Le club est à la recherche de partenaires afin de financer son fonctionnement au mieux des adhérents et notamment les enfants. Si vous avez la possibilité d'aider le club, directement ou indirectement avec vos contacts soit par don financier ou don en nature pour notre loto, merci de contacter notre responsable partenariat: 06 70 06 93 09 - moussa.belkhiter@yahoo.com

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 : PAYS DE GRASSE HANDBALL ASPTT

Date (jj/mm/aaaa) : _____

Fait à : _____ Signature : _____

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

ADRESSE DE RETOUR DE TOUS LES DOCUMENTS
PAYS DE GRASSE HB ASPTT 61 AVENUE AUGUSTE RENOIR 06520 MAGAGNOSC