**FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENERGIE HANDBALL**

**SAISON 2024 / 2025**

**IDENTITE DU LICENCIE**

Nom de Famille : .................................................. Nom d’usage : ........................................................

Prénom : ....................................................................... Sexe : F **Ο** M **Ο**

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

Pays : ................................................................ Nationalité : ...............................................................

**LICENCE cocher les cases correspondantes**

**Ο**Renouvellement **Ο**Création **Ο**Mutation **Ο**Joueur **Ο**Dirigeant **Ο**Entraîneur **Ο**Arbitre

*Souhait(s) pour la Saison 2024/2025:* **Ο**Formation Entraîneur **Ο**Formation Arbitre **Ο** Aucun

**TAILLE :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COORDONNEES**

Rue / Lieu dit : .......................................................................................................................................

CP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville : .................................................................................................

Tel \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ Tel \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/

Mail (obligatoire et lisible) : ..............................................................@......................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MINEUR (informations obligatoires)**

**Mère Père**

Nom : ......................................................................... Nom.:...........................................................

Prénom : .................................................................... Prénom : .....................................................

Adresse (si différente) : .................................................. Adresse (si différente):.......................................................

Tel port \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ Tel port\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Tel fixe\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ Tel fixe \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Mail : ....................................@..................................... Mail : ...........................................@..................................

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR**

(Si le joueur est atteint de troubles de santé importants): ............................................................................................................................................................................

….………….................................................................................................................................................................

.................................. ............................................................................................. ...............................................

**INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

............................................................................................................................................................................. ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... .............................................................................................................................................................

***Nom et téléphone du médecin traitant :***

........................................................................................................ ......................................

**RECOMMANDATIONS UTILES**

Le joueur (joueuse) porte-t-il (elle) des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc…précisez :

............................................................................................................................................................................. ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

***Tout Blessé sera conduit à l’hôpital le plus proche.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorisation (parentale) Club et droit à l’image *(rayer les mentions inutiles)***

Je soussigné(e) ...................................................................................... père, mère ou tuteur de l’enfant ......................................................................................désire qu’il pratique le Handball au sein de votre club. J’autorise ses dirigeants à prendre toutes les mesures d’urgence adaptées en cas de blessures ou de malaise, en particulier pour le transport et l’hospitalisation éventuelle. J’autorise également la publication éventuelle de photos de mon enfant dans la presse, sur le site Internet ou la page Facebook du club.

Fait le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/ Signature du licencié, des parents ou tuteurs :