

**Le HBC Muret** organise

# Stage de PERFECTIONNEMENT MIXTE

Goûter offert

Prévoir repas  
du midi

- Catégorie -11/-13 1<sup>ère</sup> année (Mixte)  
→ Lundi 10 Février 2020 20€
- Catégorie -13 2<sup>ème</sup> année /-15 1<sup>ère</sup> année (Mixte)  
→ Mardi 11 & Mercredi 12 Février 2020 40€
- Catégorie -15 2<sup>ème</sup> année/-18 (Mixte)  
→ Jeudi 13 & Vendredi 14 Février 2020 40€

**9h00 à 17h00**

**Au Gymnase Henri CHIFFRE  
47 rue Notre Dame 31600 Muret**

**Attention sans règlement (à l'attention du HBC Muret) aucune inscription ne sera réservée**

**Nombre de place limitée**

**Inscription avant le mercredi 5 Février 2020,**

**À remettre aux entraîneurs ou dans la boîte aux lettres du club**

---

*Documents à fournir*

- Questionnaire de santé
- Autorisation parentale hospitalisation
- Autorisation parentale droit à l'image
- Autorisation parentale de quitter le stage

# QUESTIONNAIRE DE SANTE

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Groupe sanguin : .....

Taille (en cm) : ..... Poids (en kg) : .....

Si, vous êtes fumeur (vous avez fumé au cours des deux dernières années, même occasionnellement et y compris des cigarettes électronique contenant de la nicotine) :

Consommation par jour actuelle : .....

Consommation par jour antérieure : .....

		OUI	NON	
1	Suivez-vous actuellement un traitement médical ?			Si oui, le(s)quel(s) ?
				Pourquoi ?
				Depuis quand ?
2	Etes-vous ou avez-vous été atteint(e) d'une infirmité ou d'une affection de quelque nature que ce soit (hormis affectations saisonnières) ?			Si oui, la ou lesquelles ?
				Dates : .....
				Durée(s) : .....
3	Etes-vous asthmatique ?			Séquelles ?

Faire précéder de la mention « lu et approuvé »

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de la personne à assurer :

En cas d'accident, où souhaitez-vous être transporté :

- Hôpital : ..... (à préciser)
- Clinique : ..... (à préciser)

Personne à Prévenir

Nom : ..... Tel Portable : .....

Prénom : ..... Tel Bureau : .....

# AUTORISATION PARENTALE HOSPITALISATION

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 la 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<sup>ère</sup> infraction)

**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) :

Fait à :

Signature :

# AUTORISATION PARENTALE

## DROIT à DE L'IMAGE D'UN ENFANT MINEUR

Je soussigné(e) ..... , déclare sur l'honneur (rayer la mention inutile)

- Avoir plein exercice de puissance paternelle ou maternelle
- Exercer la tutelle
- Etre investi du droit de garde sur le mineur

Nom, prénom : .....

Date de naissance : .....

Demeurant : .....

Autorise ..... , à utiliser les images réalisées par ..... et représentant mon enfant. (nom prénom)

La présente autorisation comprend la reproduction, la publication et la diffusion des images sous leur forme initiale ou après adaptation pour des raisons techniques, par tout procédé.

Date et Signature :

# **ATTESTATION PARENTALE D'AUTORISATION DE QUITTER LE STAGE**

Je soussigné(e), Mr ou Mme .....

exerçant l'autorité parentale sur l'enfant .....,

certifie déposer mon enfant au gymnase Henri Chiffre à 9h et venir le chercher à 17h.

Autorise / n'autorise pas mon enfant à partir seul après le stage.

Fait le .....

Signature(s) d'une ou des personnes exerçant l'autorité parentale sur l'enfant :