



Ligue de Handball des Pays de la Loire

2 Rue Guynemer – 49500 Segré

Tél : 02.41.26.26.26 – Fax : 02.41.26.27.00

@ : handballpaysdelaloire@wanadoo.fr – Site : www.handball-paysdelaloire.fr

N° Siret : 316.316.678.000.36 – N° APE : 9312 Z

Saison 2016/2017

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, parent ou représentant légal du mineur ou majeur protégé, autorise l'adhésion de mon enfant à la FFHB 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

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.

je n'autorise pas

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).

OR EO

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales d'adhésion à la FFHB et les accepte.

Nom et prénom du représentant légal : _____

Nom et prénom du mineur ou majeur protégé : _____

Date : _____ (jj/mm/aaaa)

Signature :

Fait à : _____

