

## CRÉATION DE LICENCE 2021-2022

Nom de l'association : .....

| Le licencié  |  |   |   |  |   |   |   |
|--|--|---|---|--|---|---|---|
| <p><i>* Champs obligatoires pour les cadres (membres du bureau, bénévoles, salariés, entraîneurs...) pour le contrôle d'honorabilité mis en place par le Ministère</i></p> |  |   |   |  |   |   |   |
| Nom & coordonnées  | <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mr<br>Nom : _____<br>Nom de jeune fille : * _____<br>Prénom : _____<br>Date de naissance : _____ Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Etrangère : _____<br>Commune de naissance : * _____ CP : * _____<br>Adresse : * _____<br>CP : _____ Ville : _____<br>Tél. : _____ E-mail : _____ @ _____<br><i>(Obligatoire)</i>  |   |   |  |   |   |   |
|  | <input type="checkbox"/> J'autorise la FFH à collecter mes données uniquement dans le cadre de la prise de licence (obligatoire pour la prise de licence)<br><input type="checkbox"/> J'autorise la FFH à utiliser mon email dans le cadre de sa communication fédérale (actualités, newsletters, Le Mag', offres partenaires)   |   |   |  |   |   |   |
|  | <table border="0"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Handicaps neurologiques évolutifs :<br/> <input type="checkbox"/> maladies génétiques dégénératives<br/> <input type="checkbox"/> sclérose en plaque (SEP)           </td> <td> <input type="checkbox"/> Handicaps visuels :<br/> <input type="checkbox"/> malvoyant<br/> <input type="checkbox"/> non-voyant           </td> <td> <input type="checkbox"/> Handicaps auditifs<br/> <input type="checkbox"/> malentendant<br/> <input type="checkbox"/> sourd           </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Handicaps neuro d'origine périphérique :<br/> <input type="checkbox"/> Poliomyélite<br/> <input type="checkbox"/> atteinte des nerfs<br/> <input type="checkbox"/> maladies neuro-musculaires (polynévrites, polyradiculonévrites, ...)<br/> <input type="checkbox"/> Lésions cérébrales :<br/> <input type="checkbox"/> paralysie cérébrale (IMC)<br/> <input type="checkbox"/> dues à un AVC<br/> <input type="checkbox"/> dues à un traumatisme crânien<br/> <input type="checkbox"/> autres causes (anxie, infection, tumeur, autre)           </td> <td> <input type="checkbox"/> Handicaps orthopédiques :<br/> <input type="checkbox"/> amputation ou agénésie membre(s) inférieur(s)<br/> <input type="checkbox"/> amputation ou agénésie membre(s) supérieur(s)<br/> <input type="checkbox"/> raideur articulaire/malformation<br/> <input type="checkbox"/> fragilités osseuses<br/> <input type="checkbox"/> personne de petite taille<br/> <input type="checkbox"/> Paraplégie<br/> <input type="checkbox"/> Tétraplégie<br/> <input type="checkbox"/> Spina bifida           </td> <td> <input type="checkbox"/> Autres :<br/> <input type="checkbox"/> obésité<br/> <input type="checkbox"/> troubles cardio-vasculaires<br/> <input type="checkbox"/> troubles respiratoires<br/> <input type="checkbox"/> maladies chroniques (diabète, leucémie,....)<br/> <input type="checkbox"/> troubles des apprentissages moteurs (dyspraxie, ...)<br/> <input type="checkbox"/> handicap mental<br/> <input type="checkbox"/> autres           </td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Handicaps neurologiques évolutifs :<br><input type="checkbox"/> maladies génétiques dégénératives<br><input type="checkbox"/> sclérose en plaque (SEP)   | <input type="checkbox"/> Handicaps visuels :<br><input type="checkbox"/> malvoyant<br><input type="checkbox"/> non-voyant   | <input type="checkbox"/> Handicaps auditifs<br><input type="checkbox"/> malentendant<br><input type="checkbox"/> sourd | <input type="checkbox"/> Handicaps neuro d'origine périphérique :<br><input type="checkbox"/> Poliomyélite<br><input type="checkbox"/> atteinte des nerfs<br><input type="checkbox"/> maladies neuro-musculaires (polynévrites, polyradiculonévrites, ...)<br><input type="checkbox"/> Lésions cérébrales :<br><input type="checkbox"/> paralysie cérébrale (IMC)<br><input type="checkbox"/> dues à un AVC<br><input type="checkbox"/> dues à un traumatisme crânien<br><input type="checkbox"/> autres causes (anxie, infection, tumeur, autre) | <input type="checkbox"/> Handicaps orthopédiques :<br><input type="checkbox"/> amputation ou agénésie membre(s) inférieur(s)<br><input type="checkbox"/> amputation ou agénésie membre(s) supérieur(s)<br><input type="checkbox"/> raideur articulaire/malformation<br><input type="checkbox"/> fragilités osseuses<br><input type="checkbox"/> personne de petite taille<br><input type="checkbox"/> Paraplégie<br><input type="checkbox"/> Tétraplégie<br><input type="checkbox"/> Spina bifida | <input type="checkbox"/> Autres :<br><input type="checkbox"/> obésité<br><input type="checkbox"/> troubles cardio-vasculaires<br><input type="checkbox"/> troubles respiratoires<br><input type="checkbox"/> maladies chroniques (diabète, leucémie,....)<br><input type="checkbox"/> troubles des apprentissages moteurs (dyspraxie, ...)<br><input type="checkbox"/> handicap mental<br><input type="checkbox"/> autres |
|  | <input type="checkbox"/> Handicaps neurologiques évolutifs :<br><input type="checkbox"/> maladies génétiques dégénératives<br><input type="checkbox"/> sclérose en plaque (SEP)  | <input type="checkbox"/> Handicaps visuels :<br><input type="checkbox"/> malvoyant<br><input type="checkbox"/> non-voyant   | <input type="checkbox"/> Handicaps auditifs<br><input type="checkbox"/> malentendant<br><input type="checkbox"/> sourd  |  |   |   |   |
|  | <input type="checkbox"/> Handicaps neuro d'origine périphérique :<br><input type="checkbox"/> Poliomyélite<br><input type="checkbox"/> atteinte des nerfs<br><input type="checkbox"/> maladies neuro-musculaires (polynévrites, polyradiculonévrites, ...)<br><input type="checkbox"/> Lésions cérébrales :<br><input type="checkbox"/> paralysie cérébrale (IMC)<br><input type="checkbox"/> dues à un AVC<br><input type="checkbox"/> dues à un traumatisme crânien<br><input type="checkbox"/> autres causes (anxie, infection, tumeur, autre)  | <input type="checkbox"/> Handicaps orthopédiques :<br><input type="checkbox"/> amputation ou agénésie membre(s) inférieur(s)<br><input type="checkbox"/> amputation ou agénésie membre(s) supérieur(s)<br><input type="checkbox"/> raideur articulaire/malformation<br><input type="checkbox"/> fragilités osseuses<br><input type="checkbox"/> personne de petite taille<br><input type="checkbox"/> Paraplégie<br><input type="checkbox"/> Tétraplégie<br><input type="checkbox"/> Spina bifida | <input type="checkbox"/> Autres :<br><input type="checkbox"/> obésité<br><input type="checkbox"/> troubles cardio-vasculaires<br><input type="checkbox"/> troubles respiratoires<br><input type="checkbox"/> maladies chroniques (diabète, leucémie,....)<br><input type="checkbox"/> troubles des apprentissages moteurs (dyspraxie, ...)<br><input type="checkbox"/> handicap mental<br><input type="checkbox"/> autres |  |   |   |   |
|  | <input type="checkbox"/> VALIDE  |   |   |  |   |   |   |
|  | <input type="checkbox"/> A besoin d'une tierce personne dans les gestes de la vie quotidienne (habillage, toilette, etc...) ?  |   |   |  |   |   |   |

TSVP



