



# Club des Sports de Glace de Strasbourg – Alsace

Section Hockey Mineur

[www.hockeystrasbourg.org/inscription/](http://www.hockeystrasbourg.org/inscription/)

## FICHE DE PRISE DE LICENCE

Madame, Monsieur,

Afin d'améliorer le fonctionnement de notre cellule licence, nous vous remercions de compléter ce document qui doit accompagner toute demande de licence pour la saison 2018/2019.

**Vous devez compléter 1 fiche par famille.**

Le talon vous sera remis lors du dépôt de votre demande de licence aux membres de la cellule licence (exclusivement). Ce talon vous permettra de bénéficier d'une remise exceptionnelle au magasin Le Vestiaire à Strasbourg.

Nom Prénom	Année de naissance	Licence souhaitée	Compétition ? Oui / Non	Club et équipe en 2017/2018	Profession ou école

Mail	Téléphone

Mode de règlement	Réduction famille	Montant
<b>Total</b>		

A compléter par la cellule licence		
Licence remise à .....	Le .... / ..... / 18	Signature :

A compléter par la cellule licence

La section Hockey du CSGSA atteste la réception de .... demande(s) de licence(s)

pour Mme / M / la famille .....

et la remise d'un règlement de .....€ en .....

Fait le .... / .... / 18 par .....

Signature :



Renseignements : Judith Perrenoud au 06.22.87.45.53 / [judith.perrenoud@free.fr](mailto:judith.perrenoud@free.fr)



## Tarifs des licences pour la saison 2018-2019

	Types de licence	Part FFHG	Cotisation	Compétition	TOTAL
<b>Licences "Bienvenue"</b>	Ecolde de Hockey Nés en 2012 et après	39,18 €	155,82 €		195,00 €
	U9 en Ecole de Hockey 2010 - 2011	39,18 €	164,82 €		204,00 €
	U11 - U13 Féminines en Ecole de Hockey 2006 - 2009	81,88 €	165,12 €		247,00 €
	U11 - U13 Masculins en Ecole de Hockey 2006- 2009	81,88 €	185,12 €		267,00 €
<b>Compétition Régionale</b>	U9 en compétition 2010 - 2011	39,18 €	164,82 €	113,00 €	317,00 €
	U11 à U13 Féminines 2006- 2009	81,88 €	165,12 €	113,00 €	360,00 €
	U11 à U13 Masculins 2006 - 2009	81,88 €	185,12 €	113,00 €	380,00 €
	U15 à U17 Excellence Féminines 2002 - 2005	84,98 €	169,02 €	113,00 €	367,00 €
	U15 à U17 Excellence Masculins 2002 - 2005	84,98 €	189,02 €	113,00 €	387,00 €
<b>Compétition Nationale</b>	U17 à U20 Elite Féminines 1999 - 2003	84,98 €	173,02 €	138,00 €	396,00 €
	U17 à U20 Elite Masculins 1999 - 2003	84,98 €	193,02 €	138,00 €	416,00 €
	D2 1998 et plus âgés	84,98 €	225,02 €	138,00 €	448,00 €
<b>Autres licences</b>	Loisirs U15 à U17 Féminines 2002 - à 2005	84,98 €	169,02 €		254,00 €
	Loisirs U15 à U17 Masculins 2002 - à 2005	84,98 €	189,02 €		274,00 €
	Loisirs séniors Féminines 2001 et avant	84,98 €	199,02 €		284,00 €
	Loisirs séniors Masculins 2001 et avant	84,98 €	225,02 €		310,00 €
	Arbitres non joueurs	84,98 €	5,02 €		90,00 €
	Dirigeants Non pratiquants	52,58 €	14,42 €		67,00 €
<b><u>Réduction pour les familles</u></b>					
Ces réductions ne sont valables que pour les familles possédant au moins une licence complète					
2 licenciés dans la même famille		Réduction de 33% de la cotisation club des licences complètes.			
3 licenciés dans la même famille		Réduction de 45% de la cotisation club des licences complètes.			
Les autres tarifs seront calculés au cas par cas à l'inscription.					

## FORMULAIRE DEMANDE DE LICENCE 2018/2019

\* EN CAS DE PREMIERE PRISE DE LICENCE, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE A CETTE DEMANDE UNE COPIE DE VOTRE CARTE D'IDENTITE OU DE VOTRE LIVRET DE FAMILLE.

N° de licence : ..... Nom & prénom : .....

Adresse : .....

① Domicile : ..... ① bureau : ..... ① mobile : .....

courriel : .....

né(e) le : ..... lieu naissance : .....

nationalité : ..... sexe : .....

« dirigeant non pratiquant » - 48,80 € (hors assurance)

« compétition U15 à séniors » - 81,20 € (hors assurance)

« U9 » - 35,40 € (hors assurance)

« loisir U17 à séniors » - 81,20 € (hors assurance)

« compétition U11 à U13 » - 78,10 € (hors assurance)

« bleue » ou « extension » - 29,70 €

« extension ENTRAINEUR » - 31,60 €

\* assurance « responsabilité civile » : 0,60€  
« individuelle accident » : 3,18€

**CERTIFICAT MEDICAL** : le certificat médical d'aptitude à la pratique du hockey sur glace est à compléter pour tous les types de licences **hormis** la licence « dirigeant non pratiquant ».

Je soussigné, Docteur....., certifie avoir examiné.....

Et n'avoir constaté ce jour, aucun signe apparent semblant contre-indiquer la pratique du Hockey sur Glace, hockey Luge ou de la ringuette en compétition dans sa catégorie d'âge.

Fait à ..... le .....

Cachet et signature

**ASSURANCES** : Je, soussigné, atteste avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer (art. L321-4 du code du sport). Dans ce cadre, je déclare avoir pris connaissance des modalités d'assurances présentées dans la notice d'information assurance FFHG ci-annexée, et de la possibilité de souscrire à l'une des garanties d'assurance Accident Corporel proposées avec ma licence (Option A, B ou C).

Je décide de souscrire au contrat collectif Accident Corporel- Assistance rapatriement, et choisis l'Option de base A incluse dans le prix de ma licence ;

La souscription d'une option complémentaire B ou C se fait à l'aide du bulletin d'adhésion joint à la notice d'information assurance FFHG ci-annexée.

Je décide de ne pas souscrire au contrat collectif. En cas d'accident corporel dont je pourrais être victime lors de ma pratique sportive, je ne pourrais bénéficier d'aucune indemnité au titre du contrat « Accident Corporel » proposé par la FFHG. J'atteste néanmoins avoir été informé de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

### LE LICENCIÉ OU SON REPRESENTANT LEGAL

Les données collectées font l'objet d'un traitement informatisé.  
Conformément aux dispositions de l'article 27 de la Loi du 06/01/78,  
Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données personnelles  
vous concernant, en vous adressant par courrier, à la :  
FFHG: aren'ice - 33 avenue de la Plaine des Sports - 95800 CERGY  
Sauf opposition de votre part, les données vous concernant pourront  
être cédées à des tiers à des fins de prospection commerciale.

### POUR LE CLUB

Certifie exacts les renseignements ci-dessus

Cachet et signature

---

## ATTESTATION 2018/2019

### PRÉLÈVEMENTS & EXAMENS AUTORISÉS DANS LE CADRE DES CONTROLES ANTI-DOPAGE

---

Conformément à l'article 7 du décret relatif aux prélèvements et examens autorisés dans le cadre des contrôles anti dopage ;

Je soussigné, .....

Représentant légal de l'enfant mineur .....

autorise

n'autorise pas

✘ *Cochez votre choix*

Que soit effectué sur mon enfant un prélèvement nécessitant un prélèvement sanguin ou salivaire.

En foi de quoi, je remets la présente attestation au responsable de l'association dans laquelle mon enfant est licencié(e).

*Nota bene : l'absence d'autorisation pourra être regardée comme un refus de se soumettre aux mesures de contrôle.*

Fait à .....

le ...../...../.....

Signature licencié ou représentant légal  
et cachet du club :



## Autorisation de droit à l'image

**(A retourner obligatoirement dans le dossier d'inscription)**

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous venez d'adhérer, vous ou votre(s) enfant(s), au C.S.G.S.A. - Section Hockey Mineur.

En conséquence, nous vous demandons de bien vouloir prendre connaissance du règlement intérieur de la Section et de vous engager à le respecter et/ou de le faire respecter à votre(s) enfant(s) en tous points tout au long de la saison.

Nous vous demandons également de respecter la charte des membres établis pour la saison prochaine et définissant le rôle de chaque acteur dans la vie du club.

De plus, afin de nous aider à développer notre club, nous avons conclu divers contrats de partenariats avec des sociétés. Nous nous sommes engagés envers ces partenaires à promouvoir leur marque par différents types de supports. Il est possible alors, que votre(s) enfant(s) ou vous-même, soyez sollicité à montrer un logo ou un nom publicitaire sur un maillot, une sur culotte, des bas ou bien encore sur un autocollant collé sur le casque, durant la saison. Nous vous demandons votre accord concernant ces dispositions.

Enfin, nous vous informons que nous pouvons publier sur notre site internet des photos de différentes rencontres. Nous sommes également susceptibles d'utiliser l'image de votre(s) enfant(s) et de vous-même, dans le cadre de la promotion et de l'information du club, au travers de différents moyens de communication (prospectus, média, affiches,...). Nous sollicitons également votre accord sur ce point

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Parent de : \_\_\_\_\_

- Atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter ;
- Atteste avoir pris connaissance de la charte des membres et m'engage à le respecter ;
- Donne mon accord concernant les dispositions liés au partenariat ;
- Donne mon accord concernant le droit à l'image ;
- En cochant cette case, j'accepte que mes coordonnées puissent être transmises aux partenaires du club pour des démarches commerciales.

Signature du joueur :  
(ou de son représentant légal s'il est mineur)



## Décharge médicale valable pour la saison 2018 - 2019

Je soussigné(e) Père – Mère – Représentant légal : .....

Adresse du domicile : .....

Représentant légal de l'enfant .....

né(e) le ..... / ..... / ..... à .....

licencié(e) au Club des Sports de Glace Strasbourg Alsace section hockey mineur (CSGSA),

Autorise les représentants du CSGSA et notamment le responsable d'équipe à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de malaise, accident ou maladie concernant mon enfant. Je permets, par la présente, au personnel médical choisi par les responsables du CSGSA de faire passer des radiographies, des examens de routine et de donner des traitements à mon enfant. S'il est impossible de me joindre en cas d'urgence, je permets au médecin choisi d'hospitaliser mon enfant, de lui donner les traitements nécessaires adéquats telle une injection, une anesthésie ou même une chirurgie.

Fait à ..... le .....

Signature du représentant légal :

(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

N° de Sécurité Sociale : .....

Nom – Prénom de l'assuré : .....

Caisse d'affiliation : .....

Mutuelle: ..... No. d'adhérent : .....

Numéros de téléphone :

Père : .....

Mère : .....

Profession : .....

N° domicile : .....

N° professionnel : .....

N° portable : .....

Autres personnes à contacter .....

**JOINDRE UNE COPIE DE L'ATTESTATION DE LA CARTE VITALE**

**Informations médicales de l'enfant :**

Poids : .....

Taille : .....

Groupe sanguin : .....

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	O UI	NO N	Dates de derniers rappels	Vaccins recommandés	O UI	NO N	Dates des derniers rappels
Diptérie				Coqueluche			
Tétanos				Hépatite B			
Poliomyélite				Rubéole oreillons rougeole			
Ou DT polio				BCG			
Ou tétracoq				Autre			

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication  
*Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication*

Allergies (barrer la mention inutile) :

Asthme                            oui      non

Médicamenteuses            oui      non

Alimentaire                    oui      non

Autres                            .....

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

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

**Si l'enfant n'est pas accompagné de ses parents :**

En cas d'automédication : transmettre lors des matchs ou déplacements, au responsable une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur présentation d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être pris ou administré sans ordonnance.**

**Indiquez ci-après :**

Les antécédents de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opérations, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

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

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, etc, ... :

.....  
.....

Coordonnées (nom et numéro de téléphone) du médecin traitant (facultatif) :

.....

## PROCEDURE DE SUR-CLASSEMENT ET FICHE MEDICALE

### RAPPEL

ce formulaire doit obligatoirement être utilisé dans tous les cas de sur-classement **quelle que soit la discipline pratiquée.**

### HOCKEY SUR GLACE MASCULIN et FEMININ/ HOCKEY LUGE

le dossier de sur-classement se compose de deux parties distinctes :

#### **A – DOSSIER DE SURCLASSEMENT** (recto – verso)

- ⇒ recto : informations concernant le licencié, autorisation parentale, autorité demandant le sur-classement
- ⇒ verso : fiche d'aptitude

#### **B – FICHE MEDICALE** (partie à détacher par l'adhérent)

Document que le licencié doit (après qu'elle ait été dûment complétée par le médecin examinateur) remettre à son club **sous enveloppe cachetée portant mention des noms, prénom, club du licencié**

#### **A) SIMPLE SURCLASSEMENT**

- 1) La première page du dossier doit être renseignée et signée par le président de l'association et les parents du licencié
- 2) Le dossier est remis au licencié par son club afin qu'il effectue sa visite médicale d'aptitude auprès du médecin de son choix
- 3) Le médecin examinateur est tenu de compléter l'encadré ❶ de la fiche d'aptitude ainsi que la fiche médicale.
- 4) Le licencié détache la fiche médicale qu'il place dans une enveloppe cachetée, portant *nom – prénom – club* du licencié concerné. Il remet cette enveloppe avec la seconde partie du dossier aux dirigeants de son club.
- 5) Le club peut – à partir de l'avis donné par le médecin examinateur – saisir la licence surclassée de l'adhérent, et doit conserver le dossier médical

Dans l'hypothèse où le sur-classement interviendrait après validation de la licence, le club devra saisir, à l'aide du bouton « sous classement / sur classement » situé dans le logiciel I-club, le sur-classement.

- 6) Le dossier complet est à envoyer au médecin fédéral national par mail, Fabrice LECLERC – [f.leclerc@ffhg.eu](mailto:f.leclerc@ffhg.eu)  
**Un contrôle aléatoire** sur les dossiers de sur-classement pourra être fait par la fédération par l'intermédiaire du médecin fédéral national.

- Après étude des tests effectués par le licencié, le médecin fédéral national pourra émettre un avis défavorable et en informera alors le club et le service des licences en renvoyant l'encadré 2 avec l'avis défavorable. Si le médecin fédéral national ne s'oppose pas au sur-classement, aucun document ne sera envoyé au club ou au service des licences. La fiche médicale est conservée par le médecin fédéral (Fabrice LECLERC)

#### **B) SURCLASSEMENT U16 (U17 1<sup>ère</sup> année) et U20**

. Même procédure que pour les autres sur-classements mais **ECG obligatoire**

#### **C) SUR-CLASSEMENT MIXITE : réservé aux catégories U9 & U11**

#### **D) SOUS-CLASSEMENT MIXITE : réservé aux catégories U15, U17, U20 et senior**

#### **E) DOUBLE SOUS CLASSEMENT MIXITE : soumis à l'approbation de la DTN et médecin fédéral**

Demande à adresser à : [a.gibier@ffhg.eu](mailto:a.gibier@ffhg.eu)



# DOSSIER DE SUR-CLASSEMENT du joueur

Nom : ..... Prénom : .....

N° de licence : ..... Nom du club : .....

licencié depuis : ..... ans  
date de naissance : ..... discipline pratiquée : .....

**adresse de l'Association** (pour retour du dossier visé par le médecin fédéral) :

.....

## AUTORISATION PARENTALE

(pour les mineurs)

Nous soussignés, ....., autorisons notre enfant à évoluer durant la saison en cours en catégorie .....

Fait le, ..... à .....

Signature du père

signature de la mère

## AUTORITES DEMANDANT L'APTITUDE

(les signatures du Président et de l'entraîneur sont obligatoires)

Président du Club : .....

Signature :

Entraîneur : .....

Signature :

sur-classement

sur-classement MIXITE (**U9 & U11 uniquement**)

MIXITE sous-classement

MIXITE double sous-classement

demandé de la catégorie ..... à la catégorie .....

Cachet de l'Association

## CONSIDERATIONS GENERALES

Le Médecin Fédéral de la FFHG rappelle aux dirigeants et aux entraîneurs que le surclassement, la mixité, ne sont pas et ne doivent pas devenir des moyens de gestion de la ressource que constituent nos joueurs.

## FICHE D'APTITUDE

①

### CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur ....., certifie avoir examiné,  
Mr/Melle ..... pour l'obtention  
d'un :

- |   |                               |                                 |
|---|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sur-classement   | <input type="checkbox"/> apte | <input type="checkbox"/> inapte |
| <input type="checkbox"/> sur-classement MIXITE ( <b>U9 &amp; U11 uniquement</b> ) | <input type="checkbox"/> apte | <input type="checkbox"/> inapte |

Fait à ....., le .....

*Cachet et signature du médecin*

②

### AVIS DU MEDECIN FEDERAL NATIONAL (en l'absence des Médecins de ligues)

Après examen du dossier médical ou du licencié

Je soussigné, Docteur **Fabrice LECLERC, médecin fédéral national**, certifie avoir examiné le  
dossier médical de Mr/Melle .....  
pour l'obtention d'un :

- |   |                               |                                 |
|---|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sur-classement   | <input type="checkbox"/> apte | <input type="checkbox"/> inapte |
| <input type="checkbox"/> sur-classement MIXITE ( <b>U9 &amp; U11 uniquement</b> ) | <input type="checkbox"/> apte | <input type="checkbox"/> inapte |

Fait à ....., le .....

*Cachet et signature du médecin fédéral national*

③

### MIXITE

### SOUS-CLASSEMENT // DOUBLE SOUS-CLASSEMENT

(annexe 2 – règlement ALM)

Je soussigné, Président du club ..... sollicite,  
le sous classement/double sous classement de Melle.....

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> U15 mixité en U13   | <input type="checkbox"/> U20 mixité en U17    |
| <input type="checkbox"/> U17 mixité en U15   | <input type="checkbox"/> senior mixité en U20 |
| <input type="checkbox"/> double sous classement (adresser dossier à : <a href="mailto:a.gibier@ffhg.eu">a.gibier@ffhg.eu</a> ) |   |

Fait à ....., le .....

*Document à transmettre par le licencié sous enveloppe cachetée portant son nom-prénom et le nom du club,  
accompagné de la fiche d'aptitude, au secrétariat du club*

# confidentiel médical

( se munir impérativement du carnet de santé pour la visite médicale )

Nom et prénom de l'adhérent : ..... date de naissance : .....

nom du club : .....

Surclassement

Mixité (joueuse U9 et U11 uniquement)

## 1- Données morphologiques :

Poids..... Taille .....

Les valeurs doivent être équivalentes à celles de la catégorie d'âge supérieure.

## 2- Examen clinique général :

(Pulmonaire, neurologique, ORL, ophtalmo...pouvant entraîner une gêne et contre indiquer la pratique à un niveau supérieur).....

## 3- Examen cardio-vasculaire :

- a) Antécédents familiaux : .....
- b) Antécédents personnels : malaise, syncopes.....
- c) Clinique : .....
- d) Epreuve fonctionnelle : Indice de RUFFIER= (P0+P1+P2) – 200 / 10 (à partir de la catégorie U13)  
Pouls au repos, PO = .....

Faire pratiquer 30 accroupissements en 45 secondes

Pouls dès la fin de l'effort, P1 = .....

Pouls une minute après l'effort, P2 = .....

Résultats : de 0 à 2 : athlétique - de 3 à 5 : bonne adaptation à l'effort - de 6 à 10 : adaptation moyenne - au delà de 10 : adaptation mauvaise. Un indice de Ruffier supérieur à 8 est une contre-indication au surclassement
--

## 4- Examen locomoteur :

- a) Rachis ( radios au moindre doute ) : .....
- b) Genoux ( conflits fémoro patellaires, instabilité ) : .....
- c) Pieds ( podoscopie ? stabilité de la cheville ) : .....
- d) Autres : .....

## 5- Autres éléments d'appréciation :

- a) Autres sports pratiqués : .....
- b) Charges totales d'entraînement hebdomadaires : .....
- c) Niveau scolaire : .....
- d) Sommeil : .....
- e) Traitements en cours : .....

## 6- Motif de la demande :

.....  
.....

## 7- Examens complémentaires éventuels :

- **ECG, (Obligatoire pour le surclassement des U16 et U20 - Compte rendu à joindre au dossier :**

.....  
- échocardiogramme, EFR, épreuve d'effort.....  
.....

Nom du médecin examinateur : .....

Fait à, .....le .....

confidentiel médical