# DEMANDE D’AFFILIATION À LA LHF - 2020-2021

|  |
| --- |
| **Engagement** |

Nom du cercle :

Au nom de notre cercle,

Nous, soussignés : Président (e) et

 Secrétaire

* Demandons l’affiliation de notre cercle en qualité de membre de la Ligue Handisport Francophone.
* Certifions que notre cercle est constitué en asbl ou association de fait.
* Souscrivons aux statuts et règlement d’ordre intérieur de la Ligue Handisport Francophone
* Certifions que notre cercle n’est pas affilié à une autre fédération handisport reconnue pour la même discipline sportive.
* Nous engageons personnellement à affilier TOUS nos membres.
* Prenons bonne note que le nombre d’affiliés ne peut être inférieur à 3.
* Avons pris connaissance des conditions d’affiliation, d’assurance et y souscrivons.
* Prenons bonne note que cette affiliation nous donne expressément droit à l’ensemble des services fournis par la Ligue et à la participation à l’assemblée générale annuelle de celle-ci.
* Joignons une copie des statuts de notre cercle à cette demande et intégrons dans ces derniers la pratique du sport pour personnes en situation de handicap.

|  |
| --- |
| **Informations générales** |
| Dénomination exacte |  |
| Adresse du siège social*(doit être situé sur le territoire de la Fédération Wallonie-Bruxelles)* |  |
| Téléphone/GSM  |  |
| E-mail |  |
| Site internet |  |
| Page Facebook |  |
| N° de compte | BE |
| Date de fondation |  |
| Statut *(asbl, association de fait ou autre)* |  |
| N° d’entreprise | 0 |
| N° de TVA |  |
| Nombre approximatif de sportifs*(pour les cercles ouvrant une section handisport, uniquement le nombre de membres en situation de handicap)* |  |

|  |
| --- |
| **Informations sur les personnes de contact**  |
| **Président** |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Adresse |  |
| Téléphone/GSM |  |
| E-mail |  |
| Pratiquant sportif | Oui 🞎 - Non 🞎 |

|  |
| --- |
| **Secrétaire** |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Adresse |  |
| Téléphone/GSM |  |
| E-mail |  |
| Pratiquant sportif | Oui 🞎 - Non 🞎 |

|  |
| --- |
| **Trésorier** |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Adresse |  |
| Téléphone/GSM |  |
| E-mail |  |
| Pratiquant sportif | Oui 🞎 - Non 🞎 |

|  |
| --- |
| **Correspondant officiel*****(personne de contact faisant le lien entre le cercle et la LHF – niveau administratif)*** |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Adresse |  |
| Téléphone/GSM |  |
| E-mail |  |
| Pratiquant sportif | Oui 🞎 - Non 🞎 |

|  |
| --- |
| **Correspondant technique*****(personne de contact faisant le lien entre le cercle et la LHF – niveau sportif)*** |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Adresse |  |
| Téléphone/GSM |  |
| E-mail |  |
| Pratiquant sportif | Oui 🞎 - Non 🞎 |

|  |
| --- |
| **Entraineur principal – handisport** |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Adresse |  |
| Téléphone/GSM |  |
| E-mail |  |
| Handicap | oui 🞎 - non 🞎 |
| Qualifications*(Diplômes, brevets, formations)* |  |

|  |
| --- |
| **Informations sur les activités** |
| **Sport proposé 1** |
| Handicap des sportifs | Locomoteur 🞎 - Mental 🞎 - Visuel 🞎 - Auditif 🞎 |
| **Lieu où se pratique le sport :** |
| Nom de l’infrastructure |  |
| Adresse |  |
| Horaire | Jour : | Heures : |
|  | Jour :  | Heures : |
| Age minimum accepté pour l’activité |  |
| Présence DEA (défibrillateur) | Oui 🞎 - Non 🞎 |
| Un membre de votre club a t-il suivi une formation DEA ? | Oui 🞎 - Non 🞎 et si oui, date de la formation :  |

|  |
| --- |
| **Sport proposé 2** |
| Handicap des sportifs | Locomoteur 🞎 - Mental 🞎 - Visuel 🞎 - Auditif 🞎 |
| **Lieu où se pratique le sport :** |
| Nom de l’infrastructure |  |
| Adresse |  |
| Horaire | Jour : | Heures : |
|  | Jour :  | Heures : |
| Age minimum accepté pour l’activité |  |
| Présence DEA (défibrillateur) | Oui 🞎 - Non 🞎 |
| Un membre de votre club a t-il suivi une formation DEA ? | Oui 🞎 - Non 🞎 et si oui, date de la formation :  |

|  |
| --- |
| **Sport proposé 3** |
| Handicap | Locomoteur 🞎 - Mental 🞎 - Visuel 🞎 - Auditif 🞎 |
| **Lieu où se pratique le sport :** |
| Nom de l’infrastructure |  |
| Adresse |  |
| Horaire | Jour : | Heures : |
|  | Jour :  | Heures : |
| Age minimum accepté pour l’activité |  |
| Présence DEA (défibrillateur) | Oui 🞎 - Non 🞎 |
| Un membre de votre club a t-il suivi une formation DEA ? | Oui 🞎 - Non 🞎 et si oui, date de la formation :  |

|  |  |
| --- | --- |
| Votre club est-il affilié à la fédération valide de votre discipline ? | Oui 🞎 - Non 🞎 |
| Votre club est-il rattaché à une institution ou un centre ? | Oui 🞎 - Non 🞎 |
| Si oui, nom de l’institution/centre |  |
| Si oui, acceptez-vous des personnes extérieures à votre institution/centre ? | Oui 🞎 - Non 🞎 |

Président Secrétaire

Date et signature : Date et signature :

Formulaire à renvoyer à la LHF

info@handisport.be