

# FICHE D'INSCRIPTION 2019 - 2020

**NOM :** ..... **PRÉNOM :** .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../..... SEXE : F  M  NATIONALITÉ : .....

ADRESSE : .....

Code Postal : ..... VILLE : .....

EMAIL : ..... TEL : ...../...../...../...../.....

**Pour les mineurs :**

MERE

PERE

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

N° tél. : .....

N° tél. : .....

Mail : .....

Mail : .....

Parents séparés : oui  non

Personnes à prévenir en cas d'accident : Mme, M. .... n° téléphone : .....

Mme, M. .... n° téléphone : .....

**CATÉGORIE :**     **Adulte loisir (90 €)**                       **Adulte et Jeune compétition équipes (130 €)**  
                          **Jeune loisir (90 €)**                               **Supplément Critérium Fédéral Sénior-Vétérans (36€)**

JOUR D'ENTRAÎNEMENT ENCADRE :  Mardi     Vendredi     Samedi

JOUR D'ENTRAÎNEMENT SEANCE LIBRE :  Jeudi (Vitry)     Vendredi 20h30 – 22h00

- J'autorise le club à se servir de mon image (photographie, vidéo) ou celle de mon enfant pour son site, pour son magazine interne ou dans un article de presse : oui  non
- J'autorise le club à collecter et à conserver mes données personnelles. Elles ne sont destinées qu'à une utilisation interne liée au fonctionnement du club, et l'établissement des formalités administratives obligatoires (création de licence, inscription aux compétitions...). oui  non

Le club vous rappelle que les parents sont tenus de confier leurs enfants aux éducateurs sportifs et de venir les chercher à la fin des entraînements, conformément aux horaires des séances.

Je soussigné(e), ..... responsable légal de l'enfant ..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du club à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires en cas de maladie, d'accident nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence.

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur.

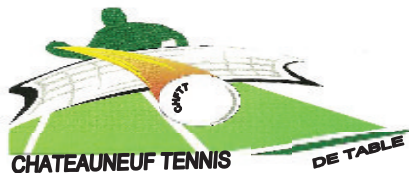
Je reconnais avoir pris connaissance des conditions du contrat d'assurance N°4.285.000 négocié par la F.F.T.T. auprès du COVEA RISKS et la possibilité de souscrire des garanties complémentaires.

A ..... Le ..... Signature ( parent pour les mineurs)

**Pièces à fournir :**  Certificat médical obligatoire. **A fournir à l'inscription, pour toutes catégories**

Paiement :  complet     incomplet

Reste à payer : .....



## FICHE TRESORERIE 2019 - 2020

NOM : .....PRÉNOM : .....

JUSTIFICATIF DE PAIEMENT : oui  non

CATÉGORIE :     Adulte loisir (90 €)     Adulte compétition équipes (130 €)  
                   Jeune loisir (90 €)     Supplément C. F. Sénior et Vétéran (36€)  
  
                                   Jeune compétition (130 €)

TOTAL COTISATION : .....

MAILLOT :     (10 € )compétition.....                                    (15€) loisirs.

date règlement	mode	montant
	chèques vacances	
	coupon sport	
	espèce	
	chèque 1	.....
	chèque 2	.....
	chèque 3	.....

Reste à payer : .....

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si vous avez un certificat médical datant de moins de 3 ans, et si vous avez été licencié en continu depuis cette date, avec la mention "certificat médical présenté"

	Répondez aux questions suivantes par oui ou par non. Durant les 12 derniers mois :	Oui	Non
<b>1</b>	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b>	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour :</b>			
<b>7</b>	Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.), survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Ainsi il n'est pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du Tennis de Table.

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

**Ce questionnaire est confidentiel et ne doit être remis qu'à un médecin si nécessaire.**

## ATTESTATION

(coupon à découper et à joindre avec la demande de licence)

Je soussigné :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° de licence : \_\_\_\_\_

Déclare avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à ce jour et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.

Je sais qu'à travers cette attestation, et comme cela est précisé dans la circulaire administrative de la FFTT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFTT ne pourra être recherchée.

Certificat médical précédent :

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Date et signature du titulaire ou du représentant légal