

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU TENNIS CLUB LAGARRIGUE**

Besoin de renseignements complémentaires : 06 88 61 83 75 ou <http://club.quomodo.com/tcl>

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe : M  F

Profession : \_\_\_\_\_

Autorisez-vous le Tennis Club Lagarrigue à diffuser votre photo sur son site internet :  Oui  Non

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tel fixe : \_\_\_\_\_ Tel mob. : \_\_\_\_\_

Email\* : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été classé 3ème série ?  Oui  Non

*\* Très utile pour vous communiquer toutes les informations sportives et festives du club, et indispensable pour l'édition de votre licence.*

Choix de la formule d'inscription (à renseigner obligatoirement)

• **Cotisation club, licence, assurance :**

Jeune (-18ans) : 55 €  Adulte : 75 €

• **Cotisation club, licence, assurance + minimum 26 H de cours :**

Mini-tennis : 165 €  Jeune (-18ans) : 180 €  Adulte : 225 €  
Enfants nés en 2016 ou 2017

• **Cotisation club, licence, assurance + minimum 26 séances d'1h30 (sous réserve) :**

Jeune (-18ans) : 245 €  Adulte : 300 €

Les tarifs s'entendent à l'année sportive : du 1<sup>er</sup> septembre 2021 au 30 août 2022.

Règlement :  Chèque  Espèces  Autres (*chèque collégien, coupons sport ANCV, MSA, chèques vacances, pass'sport*)

Veuillez envoyer votre règlement (à l'ordre du Tennis Club Lagarrigue) et ce formulaire à l'adresse suivante :

**Tennis Club Lagarrigue – chez M. Leriche – 44 chemin du Pioch de Gaix – 81090 Lagarrigue**

*Veuillez tourner la feuille, SVP*



## Déclaration CNIL

Je soussigné \_\_\_\_\_  
agissant en qualité de représentant légal de \_\_\_\_\_ :

- reconnaît que l'adhésion au **Tennis Club de Lagarrigue** entraîne l'acceptation de son règlement intérieur et des règlements de la Fédération française de Tennis (FFT),
- reconnaît avoir conscience des risques inhérents à la pratique sportive, avoir été informé et avoir pris connaissance des garanties d'assurance proposées avec la licence,
- reconnaît avoir été averti de l'intérêt de souscrire des garanties complémentaires (notamment celles proposées par la FFT) afin de bénéficier d'une meilleure indemnisation en cas de dommage corporel,
- atteste être en possession d'un certificat médical (datant de moins d'un an) de non contre-indication à la pratique du tennis, y compris en compétition (pour les nouveaux licenciés),
- autorise le **Tennis Club Lagarrigue**, pour sa communication internet et/ou externe, à utiliser pour la saison 2021/2022, l'image de la personne, objet de la présente fiche, et cela sur tout type de support (notamment sur le site internet du club).

L'adhésion au club entraîne de facto l'adhésion du membre à la FFT dont ses organes déconcentrés (ligues et comités départementaux).

Le club et la FFT pourront être amenés à utiliser vos données personnelles (notamment l'adresse électronique) à des finalités fédérales (notamment l'envoi de l'attestation de licence). À cette fin, les informations collectées seront susceptibles de donner lieu à un traitement informatique par le club et la FFT.

Par ailleurs, acceptez-vous de recevoir des propositions commerciales de la part de la FFT (billetteries pour Roland-Garros...) et de ses partenaires :  Oui  Non

En tout état de cause, conformément à l'article 39 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant. Pour l'exercice de ces droits, vous êtes invité à vous adresser :

- Au club : Claude Leriche, Président du **Tennis Club Lagarrigue** : [claudeleriche2@free.fr](mailto:claudeleriche2@free.fr)
- Et à la FFT : service « organisation et systèmes d'information » : [fft@fft.fr](mailto:fft@fft.fr) / 2, avenue Gordon-Bennett, Paris.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement de vos données. Pour toutes informations sur la protection des données individuelles, veuillez consulter le site de la Cnil ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

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

Signature du membre :  
(ou de son représentant légal pour un mineur)

## Attestation Certificat Médical

Je soussigné \_\_\_\_\_ en ma qualité de représentant légal de \_\_\_\_\_ atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé « **Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention, du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive ou de l'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée, hors disciplines à contraintes particulières** » et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

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

Signature du représentant légal

**QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES**

(Annexe II-23, art. A. 231-3 du code du sport)

*Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :  
Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire.  
Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.*

Faire du sport : c'est recommandé pour tous.  
En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ?  
Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans	
Depuis l'année dernière	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)**

- |                                                                                                     |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Te sens-tu très fatigué (e) ?                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu triste ou inquiet ?                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleures-tu plus souvent ?                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Aujourd'hui**

- |                                                                           |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Questions à faire remplir par tes parents**

- |                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?<br>(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.**