



AS SARREGUEMINES TENNIS DE TABLE

Inscription: **MALTRY Julien**
Email : maltry.julien@neuf.fr

FICHE D'INSCRIPTION ANNEE 2019-2020

Nouvelle adhésion Renouvellement

NOM et Prénom:

Date de naissance:/...../.....

Adresse:

Code postal: Ville:

Tel portable: Email:

Tarifs annuels (entraînements avec encadrement)		
Loisir / Jeune	<input type="checkbox"/>	70,00 €
Compétiteur	<input type="checkbox"/>	120,00 €
Joueur extérieur	<input type="checkbox"/>	50,00 €
Remise famille		
Remise pour la 2ème personne	<input type="checkbox"/>	-15,00 €
Remise pour la 3ème personne	<input type="checkbox"/>	-15,00 €
Remise pour les personnes suivantes	<input type="checkbox"/>	-15,00 €
Critérium fédéral		
Poussin/benjamin : 21€ ; minime/cadet/junior : 21€ ; senior/vétérant : 36€	<input type="checkbox"/>	€
Total à régler		€

Règlement de l'inscription

1 fois (septembre) 2 fois (octobre) 3 fois (novembre)

Je souhaite bénéficier de l'aide de la ville de Sarreguemines de 40€ dédiée aux personnes disposant de faibles ressources. Justificatif à remettre lors de l'inscription.

Certificat médical datant de moins de 1 ans, avec le code du médecin et la mention :

« apte à la pratique du tennis de table en compétition ». ou

Attestation du "Questionnaire de Santé" uniquement pour les renouvellements ayant donné un certificat médical l'année passée daté d'après le 30 juin 2018

Droit à l'image: J'autorise l'ASSTT à utiliser mon image pour la promotion du club à travers son site Internet et ses publications.

OUI NON

L'association informe ses adhérents qu'ils ont la faculté de souscrire une garantie individuelle accident pour la pratique de ce sport ou se rapprocher de leur assureur familial pour la souscription d'un contrat garantie accidents de la vie privée.

Charte du respect à signer par le(la) joueur(joueuse)

JE M'ENGAGE A:

- ✓ ETRE POLI
- ✓ RESPECTER LES AUTRES (JOUEURS, ENTRAINEURS,...ETC)
- ✓ RESPECTER LES HORAIRES
- ✓ INSTALLER ET RANGER LE MATERIEL ET LE RESPECTER
- ✓ ECOUTER LES CONSIGNES DE L'ENTRAINEUR
- ✓ PORTER UNE TENUE ADAPTEE

Date:/...../2019 Signature du membre :

NOM et Prénom mère:

Tel portable: Email:

NOM et Prénom père:

Tel portable: Email:

Autorisation parentale

Je soussigné(e):

père, mère, responsable de l'enfant inscrit (*):

autorise / n'autorise pas (*)

à se rendre et repartir seul du cours de tennis de table aux heures de début et de fin définies lors de son inscription.

autorise / n'autorise pas (*)

ses déplacements en voiture pour participer aux différentes compétitions de Tennis de Table. Je décharge de toute responsabilité les personnes qui l'accompagneront en cas d'accident ou d'incident survenant au cours du trajet ou du séjour.

autorise / n'autorise pas (*)

en cas d'urgence médicale, les représentants légaux du club ou par défaut toutes personnes adultes adhérentes au club en cas d'urgence médicale avérée, à se substituer à moi pour les actes nécessaires à la sécurité et à la santé de mon enfant et à prendre toutes les décisions d'urgence médicale, chirurgicale et d'anesthésie, sur demande du médecin.

Problèmes de santé à connaître (allergies, médicaments à prendre, etc...) :

Date:/...../2019 Signature:

(*) Barrer les mentions inutiles

En tant que parent et accompagnateur(accompagnatrice), je m'engage formellement à respecter le code de la route et la réglementation en vigueur.

Date:/...../2019 Signature:

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Saison 2017-2018

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non. Durant les 12 derniers mois :		OUI	NON
1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	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"/>
6	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour :			
7	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"/>
8	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	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 atteste 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.

N° 17-10 (coupon à découper et à joindre avec la demande de licence)

ATTESTATION

Je soussigné :

Nom: _____ Prénom: _____ N° 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
Nom du médecin : _____
Date : ___/___/_____

Signature du titulaire ou du représentant légal
Date : ___/___/_____