



# BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCE

## Saison 2017/2018

Association \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Date d'envoi \_\_\_\_\_ Date de Validation \_\_\_\_\_

Réservé Ligue ou Comité

Première demande  Renouvellement  Confirmation Internet  Transfert

Traditionnelle  Promotionnelle  Module  Mutation

N° de licence \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date Naissance \_\_\_\_\_ Sexe  Nationalité

Classement  Points \_\_\_\_\_ (si étranger, préciser le pays)  
(si reprise d'activité, préciser le dernier classement connu, les points et l'année)

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Sauf opposition de sa part, les informations fournies par le licencié font l'objet d'un fichier informatique susceptible d'être communiqué par la FFTT à des fins commerciales ou associatives.

Dirigeant  Arbitre/JA  /  Technicien

Vétéran  Senior  Junior   
Né en 1976 et avant Du 01/01/77 au 31/12/98 Du 01/01/99 au 31/12/01

Cadet  Minime  Benjamin  Poussin   
Du 01/01/02 au 31/12/03 Du 01/01/04 au 31/12/05 Du 01/01/06 au 31/12/07 Né en 2008 et après

### Certificat médical

(A remplir par le médecin examinateur ou joindre un certificat médical séparé)

Je soussigné(e),

Docteur :

N° ordre :

Certifie avoir examiné

M :

Et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la pratique du Tennis de Table en compétition.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin :



## FICHE D'INSCRIPTION



# Toulouse Patte d'oie Tennis de Table

## Saison 2017-2018

### - INFORMATIONS DE L'ADHERENT

<b>NOM Prénom</b>			
<b>Date de Naissance</b>		<b>Nationalité</b>	
<b>Adresse</b>			
<b>Code postal</b>		<b>Ville</b>	
<b>Téléphone portable</b>		<b>Téléphone 2</b>	
<b>Adresse E-mail *</b>	<i>Ecrire lisiblement</i>		

\* Une adresse que vous consultez souvent

### - SANTE ET URGENCE MEDICALE

Je soussigné(e),..... **autorise – n'autorise pas** (rayer la mention inutile) le club de Toulouse Patte d'Oie TT à appliquer les premiers soins ou à faire pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale nécessaire sur mon enfant en cas d'accident. Je certifie que mon enfant est à jour de ses vaccins.

### - RESPONSABILITES / TRANSPORT

- Le club de Patte d'Oie Tennis de Table ne sera en aucun cas responsable de l'enfant avant et après les horaires du cours.

- Il incombe aux parents ou accompagnateurs de s'assurer que l'enfant se présente bien à la salle aux heures prévues, ou qu'il prévienne de son absence/retard par téléphone ou mail.

J' **autorise – n'autorise pas** (rayer la mention inutile) mon enfant à quitter seul les activités du Toulouse Patte d'Oie TT.  
J' **autorise – n'autorise pas** (rayer la mention inutile) que les éducateurs du club ou parents (selon le cas) transportent mon enfant sur le lieu où se dérouleront les compétitions ou d'autres activités extra sportives.

### - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Dans le cadre de l'association Toulouse Patte d'Oie Tennis de Table, les informations recueillies dans cette fiche font l'objet de traitements informatiques nécessaires à la gestion des adhérents (annuaire du club, listes de présence, listes de classement, listes d'équipes...) ainsi qu'au site Internet du club : <http://toulouse-pattedoie-tt.fr>

Pour que nous puissions prendre en compte vos préférences merci de répondre ci-dessous :

- J'autorise la diffusion sur le site Internet des informations me concernant (nom, prénom, âge, catégorie)... **oui – non** (1)
  - J'autorise que mon image (photos ou films) apparaissent sur le site Internet..... **oui – non** (1)
- (1) entourer la mention choisie

### - REGLEMENT INTERIEUR

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur affiché dans la salle et m'engage à le respecter.

Date : \_\_\_\_\_ Inscrire « Lu et approuvé »

Signature (représentant légal pour les mineurs)

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

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 inexplicquée ?	<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 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.**

## 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



Foyer d'Education Populaire  
 10 rue de la République - 10000 Evreux  
 02 33 22 11 11  
 www.foyer-evreux.fr

# Fiche d'adhésion 2017 / 2018

N° adhérent :

Etes-vous déjà adhérent(e) au foyer dans une autre activité ? Si oui, laquelle ?

Mme  Mr.

**NOM** : ..... **Prénom** : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Code Postal : .....

Ville : .....

domicile : .....

mobile : .....

E.mail : .....

**Activité** : ..... **Animateur** : .....

Paiement par chèque →  13 € pour -16 ans  18 € Adulte

### Attestation de Cession des Droits à l'Image

Je soussigné(e), Nom ..... Prénom(s).....

Adresse : .....

Téléphone: ..... Date de naissance : .....

Par la présente attestation, donne autorisation au Foyer d'Education Populaire Etienne Billières, Maison de quartier Fontaine-Lestang, d'utiliser :

- mon image  
ou
- celle de mon enfant (Nom, prénom et date de naissance) :

.....

dans le cadre des manifestations organisées par le foyer, sur les outils suivants :

- Site internet,
- Presse,
- Projection de vidéos lors de ses événements et de ses besoins en promotion.

J'accorde cette autorisation à compter de ce jour, à titre gracieux. Je m'engage à ne demander aucune rémunération ou contrepartie financière au Foyer d'Education Populaire Etienne Billières.

Fait à Toulouse le, .....

Signature