



## FEUILLE D'INSCRIPTION 2024-2025

Cadre réservé	
Certificat	<input type="text"/>
Cotisation	<input type="text"/>
Chèque	<input type="text"/>
SPID	<input type="text"/>

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>
Email (MAJUSCULE)	<input type="text"/>		
Email secondaire	<input type="text"/>		
Tél portable	<input type="text"/>	Tél personne à prévenir	
N° Licence	<input type="text"/>		



	Licence	Tarif licence Adulte	Tarif Licence Enfant
Loisir	<input type="text"/>	MenneCY : 170€	MenneCY : 150€
Compétition (1)	<input type="text"/>	Extérieur : 180€	Extérieur : 160€
Compétition si supplément ?	<input type="text"/>	+ 40 €	+ 30 €
Critérium fédéral (indiv)	<input type="text"/>	Critérium: 53€ (1)	Critérium: 45€ (1)

(1) Achat du maillot obligatoire - (2) Caution de 10€ rendue en fin de saison - **Tenue sportive obligatoire**

En vous inscrivant au MenneCY TT, vous autorisez le club à utiliser votre droit à l'image afin d'alimenter nos supports numériques.

Accepteriez-vous d'être bénévole sur l'organisation des évènements du club.

- Vous devez nous fournir un certificat médical précisant la pratique du tennis de table avant le 30/09/24. En cas d'utilisation du certificat de 2022, celui-ci doit être postérieur au 30/06/22.

Date et Signature :



# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

SAISON 20-21

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

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 inexplicée ?	<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"/>

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