



Inscription 2018/2019

NOM : PRENOM :

Téléphone : fixe : @

Licence FTT	160 €
Senior du Ping	220 €
Baby Ping	200 €
jeunes	200 €
Loisirs	160 €

Tenue	offert
-------	--------

Autorisation parentale pour mineurs.

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,

Autorise mon enfant à suivre les activités du club et donne mon accord aux responsables pour prendre toutes dispositions médicales ou autres en cas d'accident pendant la pratique de ces activités.

Autorise mon enfant à quitter seul la salle d'entraînement et cela sous ma responsabilité

N'autorise pas mon enfant à quitter seul la salle d'entraînement

REGLEMENT FINANCIER OU CONSEIL DEPARTEMENTAL

ESPECES€
---------	--------

PAR CHEQUES

MONTANT	NUMEROS		MONTANT	NUMEROS	DECEMBRE
		SEPTEMBRE			JANVIER
		OCTOBRE			FEVRIER
		NOVEMBRE			MARS

Déclare avoir pris connaissance et approuvé les conditions d'inscription au verso

inscription spid

certificat médical

Date

SIGNATURE.....

BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCE

Saison 2018/2019

Association		N°	
Date		Réservé Ligue ou Comité	Date de Validation

Première demande	<input type="checkbox"/>	Renouvellement	<input type="checkbox"/>	Reprise d'activité	<input type="checkbox"/>	Transfert	<input type="checkbox"/>
Traditionnelle	<input type="checkbox"/>	Promotionnelle	<input type="checkbox"/>	Confirmation internet	<input type="checkbox"/>	Mutation	<input type="checkbox"/>

N° de licence (renouvellement ou reprise d'activité) _____

Nom * _____ Prénom * _____

Date Naissance * _____ Sexe * Nationalité * _____
(si étranger, préciser le pays)

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

Adresse * _____

Code Postal _____ Ville _____

Téléphone _____ Téléphone portable _____

Courriel * _____

* : obligatoire

Dirigeant	<input type="checkbox"/>	Arbitre/JA	/	Technicien	<input type="checkbox"/>
Vétéran	<input type="checkbox"/>	Senior	<input type="checkbox"/>	Junior	<input type="checkbox"/>
<small>Né en 1978 et avant</small>		<small>Du 01/01/79 au 31/12/00</small>		<small>Du 01/01/01 au 31/12/03</small>	
Cadet	<input type="checkbox"/>	Minime	<input type="checkbox"/>	Benjamin	<input type="checkbox"/>
<small>Du 01/01/04 au 31/12/05</small>		<small>Du 01/01/06 au 31/12/07</small>		<small>Du 01/01/08 au 31/12/09</small>	
				Poussin	<input type="checkbox"/>
				<small>Né en 2010 et après</small>	

Sauf opposition de votre part, les informations ci-dessus font l'objet d'un fichier informatique susceptible d'être communiqué par la FFTT à des fins commerciales ou associatives. Cette opposition doit être adressée soit au service informatique de la FFTT (informatique@fftt.email), soit à l'organisme gestionnaire; elle peut également être notifiée en se rendant sur l'espace licencié (<http://www.fftt.com/espacelicencie>).

Les données à caractère personnel (nom, prénom, date de naissance, sexe, nationalité, adresse postale, courriel) sont indispensables à la délivrance de votre licence par la FFTT. Par la présente demande de licence, vous êtes informé de la publication de vos résultats obtenus au cours des compétitions en lien avec celle-ci sur les supports officiels de la FFTT ou agréés par celle-ci.

Ces résultats feront apparaître vos nom, prénom, catégorie d'âge et club.

Certification médicale : (mention obligatoire *)

J'ai fourni la saison dernière un certificat médical postérieur au 30 juin 2016. Celui-ci a moins de trois ans à la date de cette demande et je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "Non" à toutes les questions du questionnaire médical (18-10).

Je joins un certificat médical de pratique sportive de moins d'un an à la date de cette demande, établi par le médecin sur papier libre ou sur l'imprimé 18-9

Je ne joins pas de certificat médical et je disposerai d'une licence ne me permettant pas la pratique sportive

* Vous devez cocher obligatoirement une des 3 cases et une seule.

Protection des données

En vertu du droit à l'oubli, vous avez le droit de demander à la FFTT l'effacement de vos données à caractère personnel (nom, date de naissance, sexe, nationalité, adresse postale, téléphone, courriel). Pour cela, merci de vous adresser à votre organisme gestionnaire. En cas de non renouvellement de licence, ces données à caractère personnel seront conservées par la FFTT jusqu'à la fin de la saison suivante ; elles seront ensuite inaccessibles.

Signature du titulaire ou du représentant légal pour les mineurs

J'ai pris connaissance des conditions d'assurances (voir document 18-2-2)



N° 18-2-2

ASSURANCES

CONTRAT DE BASE DOMMAGES CORPORELS FTT

MMA ENTREPRISE garantit l'ensemble des licenciés de la Fédération Française de Tennis de Table

Le soussigné déclare avoir pris connaissance de l'extrait des conditions générales proposées par la FTT figurant sur le site WEB de la FTT à l'adresse www.ftt.com, rubrique « administratif » et des assurances qui lui sont proposées notamment une assurance dommage corporel de base et garanties complémentaires.

L'assurance dommage corporel « garantie de base » au tarif de 0,18 €

Pourquoi souscrire une garantie individuelle accidents ?

Parce que la garantie Responsabilité Civile ne garantit pas vos propres dommages.

Parce que la souscription de cette assurance vous offre de nombreux avantages pour une cotisation minimale (0,18€).

Ce montant est compris dans le prix de la licence fédérale, de chaque catégorie.

Parce que vous pourrez percevoir un capital ou un remboursement de frais médicaux en complément des indemnités versées par votre organisme social.

Parce que vous serez garanti sans franchise en complément de la sécurité sociale pour vos frais de traitement et pour des prestations telles le forfait journalier, des frais de transport non pris en charge par la sécurité sociale et pour des frais dentaires (selon barème prévu au contrat).

Parce que vous pouvez profiter des garanties complémentaires à tarif négocié par la fédération.

Une pratique sportive vous expose nécessairement à des dommages corporels et il est donc important de se protéger par la souscription d'une assurance adaptée, à tarif négocié par la Fédération.

Je souhaite souscrire à la garantie facultative de base « dommage corporel » à 0,18 € que je règle avec ma licence

Je ne souhaite pas souscrire à la garantie facultative de base « dommage corporel ». Je n'acquiesce pas le montant de la prime d'assurance correspondante et ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat dommages corporels.

Le soussigné qui ne souhaite pas souscrire à l'assurance « dommage corporel » proposée reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de ses participations aux matchs. Il déclare expressément avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'assurance exposées ci-dessus.

Possibilité de souscrire aux garanties complémentaires si adhésion à la garantie de base « Assurance Dommage Corporel » à

0,18 €

(âge limité à 70 ans pour les garanties décès – invalidité)

A	GARANTIE BRONZE	GARANTIE ARGENT	GARANTIE OR
Capitaux <u>décès</u>	10 000 €	20 000 €	30 000 €
Capitaux <u>invalidité</u> en cas d'accident corporels	20 000 €	40 000 €	50 000 €
Indemnité <u>journalière</u> Franchise 3 jours, Duré maxi. 365 jours, Age à partir de 16 ans et moins de 65 ans	NEANT	15 €	25 €
Frais médicaux	NEANT	NEANT	100 % du régime conventionné de la SS
Cotisations complémentaires T.T.C.	5 €	8 €	15 €

Le formulaire de souscription est disponible en consultation et téléchargement sur le site web de la FTT à l'adresse à l'adresse www.ftt.com, rubrique « administratif » - Le contrat d'assurance. Il est également disponible par écrit auprès du responsable de votre club et sur simple demande auprès de votre comité, votre ligue ou de la FTT.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si vous avez un certificat médical datant de moins de 3 ans (postérieur au 30 juin 2016), 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
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"/>

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