

FICHE D'INSCRIPTION

Septembre 2019 – Juin 2020

ETAT CIVIL :

NOM : PRENOM

PERSONNE à contacter : Père/Mère/autre PORTABLE/FIXE :

E.MAIL :

PRATIQUE SPORTIVE :

COMPETITION :

LOISIR

INDIVIDUELS

o COTISATION ANNUELLE : 160 Euros

REGLEMENT financier

ESPECES

Montant Euros

CHEQUES :N° DU

Montant Euros

Cheque conseil général : Nbr : ...

Montant : Euros

AUTORISATION PARENTALE : pour les 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 médicale ou autre, en cas d'accident pendant la pratique de ces activités.

Autorise mon fils ou ma fille à quitter seul (e) le lieu d'entraînement ou de compétition et cela sous ma responsabilité

N'autorise pas mon fils ou ma fille à quitter seul (e) le lieu d'entraînement ou de compétition.

Je déclare avoir pris connaissance et approuvé les conditions d'inscription définies au verso ... /...

CERTIFICAT MEDICAL

BORDEREAU LICENCE FFTT

ENREGISTREMENT FFTT :

Date ;

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si vous avez un certificat médical datant de moins de 3 ans, 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



BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCE

Saison 2019/2020

Association N°

Date Réservé Ligue ou Comité
Date de Validation

Première demande Renouvellement Reprise d'activité Transfert

Traditionnelle Promotionnelle Confirmation internet Mutation

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

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 * * : obligatoire

Dirigeant Arbitre/JA / Technicien

Vétéran Né en 1979 et avant
Senior Du 01/01/80 au 31/12/01
Junior Du 01/01/02 au 31/12/04

Cadet Du 01/01/05 au 31/12/06
Minime Du 01/01/07 au 31/12/08
Benjamin Du 01/01/09 au 31/12/10
Poussin Né en 2011 et après

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

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

- Certification médicale :** J'ai fourni la saison dernière un certificat médical. 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 (19-10).
- 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 19-9
- 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 FFFT 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 FFFT 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 19-2-2)
- J'accepte que mes coordonnées (adresses postales, mail, téléphones) soient utilisées par la FFFT à des fins commerciales ou associatives.



ASSURANCES
CONTRAT DE BASE DOMMAGES CORPORELS FTT



MAIF 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 :

- 0,08 € pour les vétérans,**
- 0.06 € pour les séniors,**
- 0.02 € pour les juniors, cadets, minimes, benjamins, poussins**

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 ; ce montant étant 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 médicaux et pour des prestations tel 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 » que je règle avec malice

- 0,08 € pour les vétérans,**
- 0.06 € pour les séniors,**
- 0.02 € pour les juniors, cadets, minimes, benjamins, poussins**

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 »

| | GARANTIE BRONZE | GARANTIE ARGENT | GARANTIE OR |
|---|------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| Capitaux <u>décès</u> | 10 000 € | 20 000 € | 30 000 € |
| Capitaux <u>invalidité permanente</u> en cas d'accident corporels | 20 000 € | 40 000 € | 50 000 € |
| Indemnité <u>journalière</u> (durée maxi. 360 jours) | NEANT | 15 €/jour | 25 €/jour |
| Frais médicaux | NEANT | NEANT | 100 % du régime conventionné de la SS |
| Cotisations complémentaires T.T.C. par licencié | 5 € | 8 € | 15 € |

Le formulaire de souscription est disponible en consultation et téléchargement sur le site web de la FTT 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.