

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, Madame, Monsieur

demeurant à

en ma qualité de représentant légal de l'enfant né(e) le

l'autorise à pratiquer le Tennis de table au sein de l'association MELESSE PING pour la saison 2019/2020. J'autorise, en cas d'accident, les responsables de l'association à prendre toutes les mesures nécessaires à sauvegarder l'intégrité physique de mon enfant. Je désire être prévenu(e) le plus rapidement possible de tout incident.

En cas d'absence merci de prévenir : Mme/M. tél.:

Signature des parents ou du représentant légal de l'enfant
précédée de la mention « lu et approuvé »

A, le

INFORMATIONS IMPORTANTES

Responsabilité par rapport aux mineurs :

Nous tenons à rappeler aux parents :

- que la responsabilité du club n'est engagée, ni avant ni au delà de l'heure de cours.
- qu'ils doivent impérativement :

- S'assurer que le cours a bien lieu auprès de l'encadrant (pas de cours pendant les vacances scolaires).
- Déposer l'enfant auprès de l'encadrant à l'heure du cours défini.
- Être présents 5 minutes avant la fin du cours pour récupérer l'enfant.

Réécrire impérativement le texte ci dessous (par le représentant légal du mineur)

Je soussigné M, Mme déclare avoir pris connaissance de la responsabilité pour les mineurs et m'engage à en respecter les règles.

Date et signature :

Assurances

La possession de la licence délivrée par la Fédération Française de Tennis de Table ouvre droit aux garanties prévues par l'assurance de cette fédération.

IMPORTANT: L'assurance souscrite par l'association passe après le régime social et complémentaire

Vie privée : sur demande des parents, l'association s'engage à retirer les photos des enfants du site Internet www.melesseping.net

Certificat médical pour le
COMITE D'ILLE ET VILAINE DE TENNIS DE TABLE

13b Avenue de Cucillé 35065 RENNES Cedex

Je soussigné, Docteur : N° d'Ordre (ADELI) :

Certifie avoir examiné:

NOM : Prénom :

Né(e) le : Club : MELESSE PING.

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

Signature et cachet du médecin

Le / / 2019

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