

# ASSOCIATION MELESSE PING

n° asso : W353011045 - n° agrément sport : 14 S 35 01

## INSCRIPTION 2020-2021 (jeune)



NOM & Prénom : .....

Nom de naissance, (si différent) : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

N° de licence (si renouvellement) : .....

Adresse personnelle complète : .....

.....

Téléphones : ☎ ..... ☎ .....

Père: ..... Mère: .....

Adresse E-mail : .....

### Personnes à joindre en cas d'accident (OBLIGATOIRE) :

1-Nom, Prénom : ..... Téléphone : .....

2-Nom, Prénom : ..... Téléphone : .....

Médecin traitant : ..... Téléphone : .....

- Dans ce contexte de pandémie, je m'engage, lors de toutes les activités proposées par le club, à respecter les règles sanitaires décrétées par les autorités. (règlement affiché dans la salle).

- Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'assurance de la FFTT(1). Disponibles à la salle ainsi que sur les sites [www.fftt.com](http://www.fftt.com) et [www.melesseping.net](http://www.melesseping.net). Je souscris le contrat de base.

(1) - Le contrat de base, lié à la licence, couvre les risques de responsabilité civile. Des extensions payantes, pour des garanties complémentaires (dommages corporels), vous sont proposées dans le document FFTT. Nous contacter.

**Signature (parent ou représentant légal) :**

### **Pièces à fournir :**

- Certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'activité en compétition. Ou attestation de santé si pratique continue depuis le dernier certificat daté de 2018 ou 2019: (documents joints).
- Autorisation parentale (feuille jointe).
- Règlement: Chèque(1)   
Chèques vacances   
Espèces   
Coupons ANCV(2)(3)

(1) Possibilité de payer en 3 chèques.

(2) Des coupons ANCV ou autres formes d'aide peuvent être proposées par les comités d'entreprise. (Voir auprès de ces organismes pour les modalités d'attribution).

(3) Coupon sport accordé par le département pour les enfants **nés entre le 01/01/05 et le 31/12/09**, dont les parents bénéficient de l'Allocation de Rentrée Scolaire. **Avec le dossier, joindre une photocopie de la carte d'identité et l'attestation d'ARS 2020 (CAF).**

### **Tarifs cotisation**

#### **Loisir:**

75 €

#### **Compétition:**

120 €

#### **Inscription Critérium fédéral (individuel)**

A la charge du joueur:

**Inscription avant le 15/09/20.**

**17,40 €** catégories jeune

**Dossier à retourner complet avec le règlement:** Lors du forum des associations, **ou** directement à un dirigeant, **ou** par courrier à : Yves Herrouin 29 avenue d'Armorique 35830 Betton.

## **AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e), 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 2020/2021. 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. : .....

A ....., le .....

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

---

### **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](http://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 ..... / ..... / 2020

## 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". Un certificat médical ne peut être prolongé plus de 2 fois avec un questionnaire de santé.

| <b>Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.<br/>Durant les 12 derniers mois :</b> |  | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>1</b>  | Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?  | <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 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 : \_\_\_\_\_

Declare avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à ce jour (le certificat médical devra avoir été prolongé au maximum 2 fois par un questionnaire de santé et dans la continuité) 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