

ASSOCIATION MELESSE PING

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

INSCRIPTION 2023-2024 (adulte)



NOM & Prénom :

Nom de naissance, (si différent) :

Date de naissance : **Lieu de naissance :**

N° de licence (si renouvellement) :

Adresse personnelle complète :

Téléphones : ☎ 📞

Adresse E-mail :

Personne à joindre en cas d'accident (OBLIGATOIRE) :

1- 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.fft.com et 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 :

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 2021 ou 2022 : (documents joints).

- Règlement :
 - Chèque⁽¹⁾
 - Chèques vacances
 - Espèces
 - Coupons ANCV ou autres ⁽²⁾

(1) Possibilité de payer en 3 chèques.

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

Tarifs cotisation

Loisir:

80 €

Compétition:

120 €

Inscription Critérium fédéral (individuel)

A la charge du joueur:

Inscription avant le 15/09/23.

34 € Senior/Vétérán

Dossier à retourner complet avec le règlement : Lors du forum des associations de Melesse du 2 septembre 2023 de 9 h à 13 h, **ou** directement à un dirigeant (membre du CA)

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 / / 2023



Questionnaire de Santé pour Majeur

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si vous êtes majeur et avez un certificat médical datant de moins de trois 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 deux fois avec un questionnaire de santé.

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 inexpliquée ?	<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.), survenue 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 : _____

PRENOM : _____

N° de licence : _____

déclare 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 FTT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FTT ne pourra être recherchée.

Certificat médical précédent :

Date : ____/____/____

Nom du médecin : _____

Date et signature du titulaire ou du représentant légal