

# ASSOCIATION MELESSE PING

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

## INSCRIPTION 2026-2027 (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 : .....

- 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.melessepinq.net](http://www.melessepinq.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.

[Garanties accordées par l'assurance FFTT MAIF](#) / [Résumé des garanties](#)

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

### **INSCRIPTION - Pièces à fournir :**

• Auto-Questionnaire de Santé pour Mineur **(A PRIVILÉGIÉ)**

**Ou** Certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'activité en compétition

• Autorisation parentale (feuille jointe).

• **Souhait de créneau(x) d'entraînement par semaine**

Mon enfant souhaite faire :

- 1 entraînement par semaine

- 2 entraînements par semaine (sera validé en fonction des effectifs inscrits)

**Choix d'un ou deux créneaux par priorité** (qui seront validés en fonction des places disponibles) :

- mercredi de 15h30 à 17h      choix n° : .....

- mercredi de 17h à 18h30      choix n° : .....

- jeudi de 17h à 18h30      choix n° : .....

- samedi de 10h30 à 12h      choix n° : .....

### **Tarifs cotisation**

110 € **A définir lors de l'AG**

### **Règlement :**

Virement

Chèque

Chèques vacances

Espèces

**Pass'Sport**

Coupon ANCV ou autres (1)

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

**Dossier d'inscription à retourner à Florent Loret : [florent.loret@sfr.fr](mailto:florent.loret@sfr.fr) / 06.08.75.85.95**

# AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur .....

demeurant à .....

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

J'autorise à pratiquer le Tennis de table au sein de l'association MELESSE PING pour la saison 2026/2027. 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 »



**>>>** « *En raison du contexte financier grave et inédit auquel doit faire face le Département d'Ille-et-Vilaine, le dispositif Coupon Sport 35 n'est pas reconduit pour la saison 2024-2025.* »

Le contexte financier ne s'est pas amélioré en 2025... ni en 2026.

**PASS SPORT** **>>>** Le Pass'Sport, l'aide de l'État de 50 € pour favoriser la pratique sportive chez les jeunes, a été renouvelé pour la saison 2025-2026 (enveloppe de 74,95 M€ en 2025)  
**Pas d'infos à ce jour pour 2026-2027**

## 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. **MAIF ASSUREUR DE LA FFTT**

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

<https://www.fft.com/assurance/>

<https://www.fft.com/wp-content/uploads/2025/11/a2-resume-garanties-07-2025-5135.pdf>

<https://www.fft.com/wp-content/uploads/2025/11/a4-bulletin-adhesion-options-complementaires-07-2025-5137.pdf>

**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)

*En cas de paiement par virement bancaire, voici le Relevé d'Identité Bancaire du club Melesse Ping :*

**MERCI D'INDIQUER LES NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT CONCERNÉ en **MOTIF DU VIREMENT****



**Titulaire du compte : MELESSE PING**

*Domiciliation : CCM MELESSE – LA MEZIERE*

*Devise : EUR*

*Relevé d'Identité Bancaire*

<i>RIB</i>	<i>Banque</i>	<i>Guichet</i>	<i>N° de compte</i>	<i>Clé</i>
	15589	35165	02729882640	78

**IBAN FR76 1558 9351 6502 7298 8264 078**

**BIC CMBRFR2BARK**

## Questionnaire de Santé pour Mineur

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si êtes mineur au moment de la prise de la licence

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille  un garçon

Ton âge:  ans

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.		Oui	Non
<b>Durant les 12 derniers mois :</b>			
1	Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis un certain temps : (plus de 2 semaines)</b>			
13	Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aujourd'hui :</b>			
19	Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents :</b>			
22	Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié et de son représentant légal.

**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 atteste en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de 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.**

Je soussigné :

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

N° de licence : \_\_\_\_\_

déclare 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.

Date et signature du joueur mineur

Date et signature du représentant légal obligatoire