



En remplissant ce formulaire, vous faites le bon choix.

Allez, plus que quelques formalités à compléter avant de faire partie de la famille du PPC PARTHENAY !

Pensez à retourner au plus vite ces documents à l'un de nos éducateurs.

Nom :

Prénom :

☐ Masculin ☐ Féminin

Email :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone portable :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

JE SUIS ?

☐	Vétérans	=<1985
☐	Seniors	1986>=
☐	Juniors	2007>=
☐	Cadets	2011>=
☐	Minimes	2013>=
☐	Benjamins	2015>=
☐	Poussins	2017>=

JE VEUX UNE LICENCE

☐ Loisir ☐ Compétition

☐ Fédération Française de Sport Adapté ☐ Fédération Française Handisport

C'EST POUR

☐ Première demande ☐ Renouvellement ☐ Reprise d'activité ☐ Mutation

CODE ÉTHIQUE DU SPORTIF

☐ En adhérent au PPCP, je m'engage à **respecter les valeurs du club**
et son règlement intérieur (visible à la salle et sur le site internet).

AUTORISATION

- ☐ J'autorise les prises en charge de mes enfants par le ou les responsables désignés pour les compétitions
- ☐ J'autorise l'insertion de photos sur la communication interne et externe du club

Fait à :

Le :

Signature

ou de son responsable légal si mineur



☐ J'AI MOINS DE 18 ANS

➔ Je remplis le questionnaire de Santé pour **MINEUR** de la FFTT
(voir page 4)

Je redonne le coupon détachable avec ma demande de licence

☐ J'AI ENTRE 18 ET 40 ANS

➔ Je remplis le questionnaire de Santé pour **MAJEUR** de la FFTT
(voir page 5)

Je redonne le coupon détachable avec ma demande de licence

☐ J'AI 40 ANS ET PLUS

☐ Mon certificat médical a - 5 ans

➔ Je remplis le questionnaire
de Santé pour **MAJEUR** de la FFTT
(voir page 5)

**Je redonne le coupon détachable
avec ma demande de licence**

Mon certificat médical a + 5 ans

☐ ou je n'ai pas de certificat médical

➔ Je vais chez mon médecin
faire remplir le certificat médical
(voir page 6)

**Je redonne le certificat médical
avec ma demande de licence**

certificat médical à renouveler à chaque changement de catégorie *Vétérans* (= tous les **5 ans**)

AUTORISATION D'HOSPITALISATION ET SOINS D'URGENCES POUR MINEUR

Je soussigné-e, Mme/Mr :

Représentant légal de :

☐ **Autorise
le responsable
du déplacement :**

À faire hospitaliser en cas d'urgence mon enfant
À le faire prendre en charge par un service d'urgence (pompiers, SAMU, ...)
À le faire soigner dès que l'état physique le nécessite
À le transporter aux urgences, suivant la gravité de la blessure, pour que puisse être pratiqué,
toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie.

Informations médicales à porter à notre connaissance :
allergies / contre-indication / ...

N° TÉL À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

☐ **Je refuse l'autorisation d'hospitalisation
de mon enfant et je m'engage à l'accompagner
sur toutes ses compétitions**

Fait à :

Le :

Signature :

TARIFS 2025-2026

	CATÉGORIES	LOISIR	COMPÉTITION
☐	Vétérans  =<1985	90€	170€ ***
☐	Seniors 1986>=  =<2006	90€	170€ **
☐	Juniors 2007>=  =<2010	90€	170€ *
☐	Cadets 2011>=  =<2012	90€	170€ *
☐	Minimes 2013>=  =<2014	90€	155€ *
☐	Benjamins 2015>=  =<2016	90€	155€ *
☐	Poussins 2017>= 	60€	155€ *

* Inclus l'inscription au Grand Prix Jeune, en coupe des Deux-Sèvres, aux finales par classements départementales, en championnat par équipes

** Inclus l'inscription en coupe des Deux-Sèvres, aux finales par classements départementales, en championnat par équipes

*** Inclus l'inscription au Grand Prix Vétéran, Coupe Nationale Vétéran, en coupe des Deux-Sèvres, aux finales par classements départementales, en championnat par équipes

☐	licence compétition Fédération Française de Sport Adapté	20€
☐	licence loisir Fédération Française Handisport	90€
☐	licencié Fédération Française Tennis de Table d'un autre club	90€

**PING
SANTÉ
6-18 ans**

☐ 60€ ado seul

☐ 45€ ado accompagné d'un parent

**PING
SANTÉ
adultes**

☐ 50€

**LES
RETRAITÉS**

☐ 50€

RÉSERVÉ AU CLUB

Type de paiement + informations complémentaires :

PLANNING 2025-2026

Retrouvez les différents créneaux horaires selon votre catégorie et / ou niveau.

MARDI

encadrement avec bénévoles

10H-12H **RETRAITÉS**

avec Morgan

17H-18H **MINI PONGISTES**

18H-19H15 **PERF'PANIERS**

19H30-21H **ADULTES COMPÉT.**

MERCREDI

avec Olivier

11H-12H **HANDI'PING**

13H30-16H30 **PERF'JEUNES**

avec Morgan

11H-12H **PING SANTÉ**

13H30-15H **COLLÈGE -LYCÉE**

15H-16H30 **PRIMAIRE**

16H30-17H30 **PING SANTÉ - ADO**

19H30 - 21H **PING LOISIRS ADULTES**

JEUDI

avec Olivier

15H30-17H **OPTION COLLÈGE**

17H30-19H **PERF'JEUNES**

18H30-20H **LOISIRS +**

avec Olivier

19H-20H30 **COMPÉTITIONS +**

VENREDI

avec Morgan

17H30-19H **PERF'SCHÉMA**

avec bénévoles

18H30-21H **PING'LIBRE**

SAMEDI

avec Olivier

10H30-12H **DÉCOUVERTE PRIMAIRE - COLLÈGE**

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
Durant les 12 derniers mois :			
1	Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	☐	☐
2	As-tu été opéré(e) ?	☐	☐
3	As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	☐	☐
4	As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	☐	☐
5	As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	☐	☐
6	As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	☐	☐
7	As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	☐	☐
8	As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
9	As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
10	As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	☐	☐
11	As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
12	As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	☐	☐
Depuis un certain temps : (plus de 2 semaines)			
13	Te sens-tu très fatigué(e) ?	☐	☐
14	As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐
15	Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	☐	☐
16	Te sens-tu triste ou inquiet ?	☐	☐
17	Pleures-tu plus souvent ?	☐	☐
18	Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐	☐
Aujourd'hui :			
19	Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
20	Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
21	Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐	☐
Questions à faire remplir par tes parents :			
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 ?	☐	☐
23	Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
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.)	☐	☐

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 attester 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.

ATTESTATION

(Coupon à découper et à joindre avec la demande de licence)

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



Questionnaire de Santé pour Majeur

N° 25-10-1

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire :

- Si vous êtes majeur de moins de 40 ans et n'évoluez pas en catégorie Vétéran ;

- Si vous évoluez en catégorie Vétéran, avez présenté un certificat médical lors de votre accession ou votre dernier changement de catégorie Vétéran et avez été licencié en continu depuis cette date, avec la mention "certificat médical présenté".

L'accession à la catégorie Vétéran, ou tout changement de catégorie Vétéran implique la présentation d'un nouveau certificat médical daté de moins d'un an

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 ?	☐	☐
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?	☐	☐
3	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4	Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐

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 atteste 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.



N° 25-10-1

ATTESTATION

(Coupon à découper et à joindre avec la demande de licence)

Je soussigné :

NOM : _____

PRENOM : _____

N° de licence : _____

déclare avoir pris connaissance des différents cas de figure me permettant d'utiliser un autoquestionnaire, avoir précédemment fourni un certificat médical si j'ai plus de 40 ans ou suis en catégorie Vétéran 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

CERTIFICAT MÉDICAL POUR LA PRATIQUE DU TENNIS DE TABLE

Recommandations de la commission médicale :

L'examen médical permettant de délivrer ce certificat :

- engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat (article R.4127-69 du code de la santé publique), seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaires et seul responsable de l'obligation de moyen,
- ne doit jamais être pratiqué à l'improviste, sur le terrain ou dans les vestiaires avant une compétition, le certificat médical de complaisance est donc prohibé (article R4127-28 du code de la santé publique)

Le contenu et la rigueur de l'examen doivent tenir compte de l'âge et du niveau du compétiteur

Adultes :

Le médecin doit tenir compte que les principales contre-indications à la pratique du tennis de table sont :

- l'insuffisance coronarienne aiguë,
- l'insuffisance coronarienne traitée, instable,
- troubles du rythme non stabilisés
- insuffisance cardiaque évolutive
- cardiomyopathie

Toute autre pathologie grave ou chronique est à apprécier avec le médecin traitant.

Les chirurgies articulaires récentes ou prothèses seront des contre-indications temporaires

Il est préconisé une épreuve cardio-vasculaire d'effort et une surveillance biologique élémentaire chez le sujet :

- porteur d'une cardiopathie ou symptomatique
- asymptomatique ayant deux facteurs de risque cardio-vasculaire,
- souhaitant débiter ou reprendre la pratique en compétition, homme de plus de 40 ans, femme de plus de 50 ans,

Jeunes :

Il est conseillé pour le médecin de :

- tenir compte des pathologies dites « de croissance » et des pathologies antérieures liées à la pratique du tennis de table,
- consulter le carnet de santé
- constituer un dossier médico-sportif
- une mise à jour des vaccinations,

Jeunes : au-delà de 8h de pratique hebdomadaire ou souhaitant rejoindre un programme de détection Fédéral (modèle constitué par la commission médicale)

Recommande la réalisation :

d'un électrocardiogramme de repos,

d'un examen clinique effectué par un médecin du sport, et portant une attention particulière :

- aux troubles de la statique rachidienne pouvant être aggravées par la pratique du tennis de table,
- aux troubles ou aux douleurs articulaires évoquant une maladie de croissance ; notamment au niveau du dos, des coudes, des genoux ou des talons, préférentiellement atteints chez le pongiste.

Certificat médical

Je soussigné,

Docteur : _____ N° Ordre : _____

Certifie avoir examiné M. : _____

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

Fait à : _____ Le : _____

Cachet et signature du médecin :