



## BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCE

### Saison 2019/2020

Association \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Réservé Ligue ou Comité  
Date de Validation \_\_\_\_\_

|                  |                          |                |                          |                       |                          |           |                          |
|------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Première demande | <input type="checkbox"/> | Renouvellement | <input type="checkbox"/> | Reprise d'activité    | <input type="checkbox"/> | Transfert | <input type="checkbox"/> |
| Traditionnelle   | <input type="checkbox"/> | Promotionnelle | <input type="checkbox"/> | Confirmation internet | <input type="checkbox"/> | Mutation  | <input type="checkbox"/> |

N° de licence (renouvellement ou reprise d'activité) \_\_\_\_\_

Nom \* \_\_\_\_\_ Prénom \* \_\_\_\_\_

Date Naissance \* \_\_\_\_\_ Sexe \* ☐ Nationalité \* \_\_\_\_\_  
(si étranger, préciser le pays)

Classement \_\_\_\_\_ Points \_\_\_\_\_  
(si reprise d'activité, préciser le dernier classement connu, les points et l'année)

Adresse \* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_\_

Courriel \* \_\_\_\_\_

\* : obligatoire

|                                        |                          |                                        |                          |                                        |                          |
|----------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|--------------------------|
| Dirigeant                              | <input type="checkbox"/> | Arbitre/JA                             | <input type="checkbox"/> | Technicien                             | <input type="checkbox"/> |
| Vétérane                               | <input type="checkbox"/> | Senior                                 | <input type="checkbox"/> | Junior                                 | <input type="checkbox"/> |
| <small>Née en 1979 et avant</small>    |                          | <small>Du 01/01/80 au 31/12/81</small> |                          | <small>Du 01/01/82 au 31/12/84</small> |                          |
| Cadet                                  | <input type="checkbox"/> | Minime                                 | <input type="checkbox"/> | Benjamin                               | <input type="checkbox"/> |
| <small>Du 01/01/85 au 31/12/86</small> |                          | <small>Du 01/01/87 au 31/12/88</small> |                          | <small>Du 01/01/89 au 31/12/90</small> |                          |
|                                        |                          |                                        |                          | Poussin                                | <input type="checkbox"/> |
|                                        |                          |                                        |                          | <small>Né en 2011 et après</small>     |                          |

Sauf opposition de votre part, les informations ci-dessus font l'objet d'un fichier informatique susceptible d'être communiqué par la FFTT à des fins commerciales ou associatives. Cette opposition doit être adressée soit au service informatique de la FFTT (informatique@fftt.com), soit à l'organisme gestionnaire; elle peut également être notifiée en se rendant sur l'espace licencié (<http://www.fftt.com/lespace/licencie>).

Les données à caractère personnel (nom, prénom, date de naissance, sexe, nationalité, adresse postale, courriel) sont indispensables à la délivrance de votre licence par la FFTT. Par la présente demande de licence, vous êtes informé de la publication de vos résultats obtenus au cours des compétitions en lien avec celle-ci sur les supports officiels de la FFTT ou agréés par celle-ci.

Ces résultats feront apparaître vos nom, prénom, catégorie d'âge et club.

Certification médicale : (mention obligatoire \*) ☐ J'ai fourni la saison dernière un certificat médical. Celui-ci a moins de trois ans à la date de cette demande et je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "Non" à toutes les questions du questionnaire médical (19-10).

☐ Je joins un certificat médical de pratique sportive de moins d'un an à la date de cette demande, établi par le médecin sur papier libre ou sur l'imprimé 19-9

☐ Je ne joins pas de certificat médical et je dispose d'une licence ne me permettant pas la pratique sportive

\* Vous devez cocher obligatoirement une des 3 cases et une seule.

#### Protection des données

En vertu du droit à l'oubli, vous avez le droit de demander à la FFTT l'effacement de vos données à caractère personnel (nom, date de naissance, sexe, nationalité, adresse postale, téléphone, courriel). Pour cela, merci de vous adresser à votre organisme gestionnaire. En cas de non renouvellement de licence, ces données à caractère personnel seront conservées par la FFTT jusqu'à la fin de la saison suivante; elles seront ensuite inaccessibles.

#### Signature du titulaire ou du représentant légal pour les mineurs

- ☐ J'ai pris connaissance des conditions d'assurances (voir document 19-2-2)
- ☐ J'accepte que mes coordonnées (adresses postales, mail, téléphones) soient utilisées par la FFTT à des fins commerciales ou associatives.

## 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.<br>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"/> |
| <b>A ce jour :</b>                                                                    |                                                                                                                                                                                                                      |                          |                          |
| 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 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.**



## 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



### Bulletin d'adhésion aux options complémentaires Individuelle Accident

Assureur : MAIF 16-18 Bd de la Mothe 54000 NANCY

N° contrat : 4314146 H

Echéance contractuelle : 1<sup>er</sup> juillet

Vous bénéficiez, du fait de votre adhésion à la FFTT, d'une Garantie de base décès / invalidité.

Vous pouvez augmenter vos capitaux selon les modalités suivantes :

| Garanties                                 | Garantie Bronze          | Garantie Argent          | Garantie Or                           |
|-------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| Décès                                     | 10 000 €/sinistre        | 20 000 €/sinistre        | 30 000 €/sinistre                     |
| Invalidité permanente                     | 20 000 €/sinistre        | 40 000 €/sinistre        | 50 000 €/sinistre                     |
| Incapacité temporaire                     | -                        | 15 € / jour              | 25 € / jour                           |
| Frais médicaux                            | -                        | -                        | 100 % du régime conventionné de la SS |
| Cotisation complémentaires TTC / licencié | 5 €                      | 8 €                      | 15 €                                  |
| Option choisie                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              |

Numéro d'affiliation : \_\_\_\_\_

Nom du club : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

| Prénoms / Nom                     | Date de Naissance | Option choisie | Cotisation |
|-----------------------------------|-------------------|----------------|------------|
| <p>Montant total du règlement</p> |                   |                |            |

A adresser à : MAIF

16-18 Bd de la Mothe

54000 NANCY

[gestionspecialisee@maif.fr](mailto:gestionspecialisee@maif.fr)

Tel : 03 83 39 76 08

Date et Signature

# HORAIRES ET TARIFS

Cotisation PPC PARTHENAY Tarifs annuels (1<sup>er</sup> juillet 2019 – 21 juin 2020)

## LICENCES LOISIRS :

Adhésion fédérale et club, l'entraînements (séances aux choix), participations aux manifestations internes du club.

## LICENCES COMPETITIONS : Idem Loisirs + participation aux compétitions fédérales (hors critérium fédéral)

| Date naissance                          | Catégorie                        | Horaires entraînements                                                                                                                                                       | Tarifs Loisirs | Tarifs compétitions |
|-----------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------|
| Né avant 2001                           | Baby Ping                        | Mercredi 15h30 -16h15                                                                                                                                                        | <b>90 €</b>    |                     |
| Né en 2001<br>31 décembre 2008          | POUSSINS<br>BENJAMINS<br>MINIMES | <b>Tennis Table Débutants</b><br>Mercredi 13h30 -15h<br>Jeudi 18h00 – 19h15<br><b>Section Mazières Gatine</b><br>Jeudi 17h00 – 18h15                                         | <b>90 €</b>    | <b>125€</b>         |
| Né 1er janvier 2005<br>31 décembre 2004 | CADETS<br>JUNIORS                | <b>Tennis Table Perfectionnement</b><br>Mercredi 15h-16h30<br>Mercredi 17h30 – 19h (Féminines)<br><br><b>Tennis Table Collège St JO</b><br>Vendredi 14h30 -16h15 (Trimestre) | <b>90 €</b>    | <b>170€</b>         |
| Né 1er janvier 1980<br>Et après         | SENIORS<br>VETERANS              | <b>Tennis table compétition</b><br>Lundi 18h-20h30<br>Vendredi 20h -22h<br><br><b>Tennis table Loisirs</b><br>Mercredi 19h -20h30<br>Vendredi 20h -22h                       | <b>90 €</b>    | <b>170 €</b>        |
|                                         |                                  |                                                                                                                                                                              |                |                     |

Les tarifs d'inscription au critérium fédéral sont les suivants :

| Catégorie | Inscription pour 4 tours | Inscription pour un tour | Inscription pour les tours 3 et/ou 4 |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Poussins  | 22.5 €                   |                          | 12 €                                 |
| Benjamins | 22.5 €                   |                          | 12 €                                 |
| Minimes   | 27.5 €                   |                          | 12 €                                 |
| Cadets    | 27.5 €                   |                          | 12 €                                 |
| Juniors   | 29.5 €                   | 8 €                      |                                      |
| Seniors   | 43 €                     | 13 €                     |                                      |
| Vétérans  | 43 €                     | 13 €                     |                                      |

|                      |                                            |            |           |
|----------------------|--------------------------------------------|------------|-----------|
| <b>Autres Tarifs</b> | Clubs juniors                              |            | Sur devis |
|                      | Entraînement individuel (sélection)        |            | Sur devis |
|                      | CAT du Tallud                              | 62€        |           |
|                      | Joueurs extérieurs (Compétitions)          |            | 90€       |
|                      | Anciens licenciés (Loisirs)                | 50€        |           |
|                      | 1 <sup>ère</sup> licence Parents (Loisirs) | 50 €       |           |
|                      | Remise famille (-5% puis -10%)             | -5% / -10% |           |
|                      | Remise Demandeurs emplois/RSA              | - 25€      |           |
|                      | Maillot club                               |            | Sur devis |

A noter que l'absence non excusée à un tour de critérium fédéral régional entraînera une amende de 30 € affligée au fautif. Sans le paiement de cette amende, il sera interdit aux joueurs de participer à un autre tour de critérium fédéral.

**Les séances sont assurées par des éducateurs diplômés**  
Acceptant chèques ANCV - Tickets Sports  
Paiement en trois fois possible

**TOTAL** - €

Je déclare régler la présente somme :

Chèques  Nb versements

Espèces

Coupons Sports ou Chèques ANVC

**RAVER les mentions non approuvées**  
J'autorise la prise en charge de mes enfant par le ou les responsables désignés par le club pour les compétitions  
Je déclare avoir pris connaissances des conditions de prise en charge de mon enfants lors des début ou fin de séances  
J'autorise l'insertion de photos ( parents pour les mineurs ) sur les documents et site du club uniquement  
J'autorise le club à transmettre sur l'adresse indiquée les informations du club

Je me déclare bénévole pour aider le club au cours d'une manifestation oui

date et signature de l'adhérent ( parents pour les mineurs )