

# BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCE

Saison 2020/2021

Association LE HAILLAN SAINT MÉDARD TENNIS DE TABLE N° 10330117

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

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"/>		<input type="checkbox"/>	Mutation	<input type="checkbox"/>

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

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

Nom de naissance \_\_\_\_\_ Date de naissance \* \_\_\_\_\_  
(si différent du nom d'usage)

Naissance \*\* \_\_\_\_\_ Code postal \*\* \_\_\_\_\_ Ville \*\* \_\_\_\_\_

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

Classement \_\_\_\_\_ Points \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Dirigeant	<input type="checkbox"/>	Arbitre/JA	/	Technicien	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	------------	---	------------	--------------------------

Vétéran	<input type="checkbox"/>	Senior	<input type="checkbox"/>	Junior	<input type="checkbox"/>
<small>Né en 1980 et avant</small>		<small>Du 01/01/81 au 31/12/02</small>		<small>Du 01/01/03 au 31/12/05</small>	

Cadet	<input type="checkbox"/>	Minime	<input type="checkbox"/>	Benjamin	<input type="checkbox"/>	Poussin	<input type="checkbox"/>
<small>Du 01/01/06 au 31/12/07</small>		<small>Du 01/01/08 au 31/12/09</small>		<small>Du 01/01/10 au 31/12/11</small>		<small>Né en 2012 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.email), soit à l'organisme gestionnaire; elle peut également être notifiée en se rendant sur l'espace licencié (<http://www.fftt.com/espacelicencie>). 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 (20-10).
- 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 20-9
- Je ne joins pas de certificat médical et je disposerai 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

- J'ai pris connaissance des conditions d'assurances (voir document 20-2-2)
- J'accepte que mes coordonnées (adresses postales, mail, téléphones) soient utilisées par la FFTT à des fins commerciales ou associatives.



**ASSURANCES**  
**CONTRAT DE BASE DOMMAGES CORPORELS FTT**



**MAIF garantit l'ensemble des licenciés de la Fédération Française de Tennis de Table**

Le soussigné déclare avoir pris connaissance de l'extrait des conditions générales proposées par la FTT figurant sur le site WEB de la FTT à l'adresse [www.ftt.com](http://www.ftt.com), rubrique « administratif » et des assurances qui lui sont proposées, notamment une assurance dommage corporel de base et garanties complémentaires.

**L'assurance dommage corporel « garantie de base » au tarif de :**

- 0,08 € pour les vétérans,**
- 0.06 € pour les séniors,**
- 0.02 € pour les juniors, cadets, minimes, benjamins, poussins**

**Pourquoi souscrire une garantie individuelle accidents ?**

Parce que la garantie Responsabilité Civile ne garantit pas vos propres dommages.

Parce que la souscription de cette assurance vous offre de nombreux avantages pour une cotisation minimale ; ce montant étant compris dans le prix de la licence fédérale, de chaque catégorie.

Parce que vous pourrez percevoir un capital ou un remboursement de frais médicaux en complément des indemnités versées par votre organisme social.

Parce que vous serez garanti sans franchise en complément de la sécurité sociale, pour vos frais médicaux et pour des prestations tel le forfait journalier, des frais de transport non pris en charge par la sécurité sociale et pour des frais dentaires (selon barème prévu au contrat).

Parce que vous pouvez profiter des garanties complémentaires à tarif négocié par la Fédération.

**Une pratique sportive vous expose nécessairement à des dommages corporels et il est donc important de se protéger par la souscription d'une assurance adaptée, à tarif négocié par la Fédération.**

Je souhaite souscrire à la garantie facultative de base « dommage corporel » que je règle avec malice

- 0,08 € pour les vétérans,**
- 0.06 € pour les séniors,**
- 0.02 € pour les juniors, cadets, minimes, benjamins, poussins**

Je ne souhaite pas souscrire à la garantie facultative de base « dommage corporel ». Je n'acquiesce pas le montant de la prime d'assurance correspondante et ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « dommages corporels ».

Le soussigné qui ne souhaite pas souscrire à l'assurance « dommage corporel » proposée reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de ses participations aux matchs. Il déclare expressément avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'assurance exposées ci-dessus.

**Possibilité de souscrire aux garanties complémentaires si adhésion à la garantie de base « Assurance Dommage Corporel »**

	<b>GARANTIE BRONZE</b>	<b>GARANTIE ARGENT</b>	<b>GARANTIE OR</b>
Capitaux <u>décès</u>	10 000 €	20 000 €	30 000 €
Capitaux <u>invalidité permanente</u> en cas d'accident corporels	20 000 €	40 000 €	50 000 €
Indemnité <u>journalière</u> (durée maxi. 360 jours)	NEANT	15 €/jour	25 €/jour
Frais médicaux	NEANT	NEANT	100 % du régime conventionné de la SS
Cotisations complémentaires T.T.C. par licencié	<b>5 €</b>	<b>8 €</b>	<b>15 €</b>

Le formulaire de souscription est disponible en consultation et téléchargement sur le site web de la FTT à l'adresse [www.ftt.com](http://www.ftt.com), rubrique « administratif » - Le contrat d'assurance. Il est également disponible par écrit auprès du responsable de votre club et sur simple demande auprès de votre comité, votre ligue ou de la FTT.

# 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 :

## 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. 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 : \_\_\_\_\_

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 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



# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2020 / 2021

MONTANT DU RÈGLEMENT :

€

en Espèce

en Chèque

*(chèque(s) libellés à l'ordre de LHSMTT)*

Des facilités de paiement peuvent être accordées sur demande auprès d'un dirigeant. Faire un chèque pour l'adhésion club et un autre chèque pour le don, si nécessaire. Noter le nom de l'enfant adhérent au dos des chèques.

Montant des chèques (si plusieurs chèques) : .....

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Téléphone joueur : \_\_\_\_\_

Pour les mineurs :

Nom parent 1 : \_\_\_\_\_ Prénom parent 1 : \_\_\_\_\_  
Téléphone parent 1 : \_\_\_\_\_ Email parent 1 : \_\_\_\_\_

Nom parent 2 : \_\_\_\_\_ Prénom parent 2 : \_\_\_\_\_  
Téléphone parent 2 : \_\_\_\_\_ Email parent 2 : \_\_\_\_\_

Le club dispose d'un groupe whatsapp (application gratuite). Souhaitez-vous y être inscrit ? Vous pouvez vous désabonner à tout moment :

adhérent  parent 1  parent 2

## ENTRAÎNEMENTS :

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
<b>Saint Médard</b>	<b>Le Haillan</b>	<b>Saint Médard</b>	<b>Le Haillan</b>	<b>Le Haillan</b>	<b>Le Haillan</b>	<b>Le Haillan</b>
17h – 18h ( 4-7 ans : BabyPing) (dirigé 7-17 ans Groupe 1)	20h – 22h30 (libres adultes)	17h - 18h (dirigé 7-17 ans Groupe 1)	20h – 22h30 (libres adultes)	17h – 18h (dirigé 7-17 ans Groupe 1)	9h30 – 12h (libres pour tous)	9h30 – 12h* (libres pour tous)
18h – 19h (dirigé 7-17 ans Groupe 2)		18h – 19h (dirigé 7-17 ans Groupe 2)		18h – 19h (dirigé 7-17 ans Groupe 2)		
19h – 20h30 (dirigés élite -18 ans)		19h – 20h30 (dirigé compétiteurs)		19h – 20h30 (dirigés élite -18 ans)		
20h30 – 22h00 (dirigés adultes)				20h30 – 21h30* (libres pour tous)		

\* Attention : les créneaux du vendredi (20h00-21h30) et du dimanche (9h30-12h) peuvent être annulés si une compétition est prévue à la même heure.

## TARIFS :

Réduction familiale : -14 € à partir de 2 inscriptions :

ACCESS+ Saint-Médard (-50€) :

PASS'ASSO Le Haillan (Sport pour tous 4 – 18 ans) : Tranche 1 (25%)  Tranche 2 (50%)  Tranche 3 (75%)

Catégorie	Coût total (adhésion et licence)	
	Loisirs	Compétition
Plus de 18 ans (né en 2002 et avant)	142 €	181 €
Moins de 18 ans (né en 2003 et après)	136 €	161 €
4-7 ans	85 €	
Membre Bienfaiteur* (déductible des impôts Article 200 du CGI)**		

\*Le Membre Bienfaiteur n'est pas exonéré de l'adhésion club et de la licence.

\*\*La réduction d'impôt s'applique et est de 66% pour un don à une association d'intérêt général.

Par exemple, pour un don de 300 €, le montant à déduire de vos impôts sera de 300€ x 66% = 198 €. Votre participation sera de 300 - 198 = 102€

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du club et m'engage à le respecter.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_





## FICHE D'AUTORISATION PARENTALE 2020 /2021

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Je soussigné(e)** (dénomination du responsable de l'enfant) : .....

### SANTÉ ET URGENCE MÉDICALE

**Autorise** l'éducateur à appliquer les premiers soins ou à faire pratiquer en cas d'urgence toute intervention médicale ou chirurgicale nécessaire sur mon enfant en cas de nécessité.

### DROIT A L'IMAGE

**Autorise**  **N'autorise pas**  (\*)

L'éducateur et les responsables du club à prendre des photos, à réaliser des documents audio-visuels sur lesquels mon enfant figure et à les utiliser pour les albums photos du club, ou encore pour une vidéo de présentation du club diffusée lors de manifestations sportives et diverses. Ces documents pourront être utilisés sur le site du club, sur les panneaux d'affichage des salles au Haillan et à St-Médard, pour la Newsletter interne, sur la page Facebook du club et dans les documents des municipalités, ...

Cette autorisation est valable pour la saison sportive 2020 – 2021 et pourra être révoquée à tout moment.

### SITE INTERNET

**Autorise**  **N'autorise pas**  (\*)

La diffusion sur le site internet du club <http://www.lehaillan-stmedard-tennisdetable.fr> d'informations personnelles concernant mon enfant. Ces informations sont les suivantes : nom, prénom, catégorie, nombre de points.

**Autorise**  **N'autorise pas**  (\*)

La diffusion sur le site internet du club <http://www.lehaillan-stmedard-tennisdetable.fr> de photos ou vidéos sur lesquelles mon enfant apparaît, prises dans le cadre de ses activités au sein du club (entraînements, compétitions, stages, manifestations sportives et extra-sportives).

Nous vous rappelons que vous disposez d'un droit permanent d'accès, de modification, de rectification et de suppression de toutes les données et images concernant votre enfant. Pour exercer ce droit, vous pouvez envoyer un email à l'adresse suivante : [lehaillanstmedardt@hotmail.com](mailto:lehaillanstmedardt@hotmail.com)

### ACTIVITÉS DU CLUB, TRANSPORT, LIMITES DE RESPONSABILITÉS

**Autorise**  **N'autorise pas**  (\*)

Que des membres du club (ou parent selon le cas) transportent mon enfant aux lieux où se dérouleront les compétitions ou autres activités.

Je suis informé(e) que la prise en charge de mon enfant pour les cours débute à l'intérieur de la salle de tennis de table en présence d'un responsable, et qu'elle cesse dans les mêmes conditions en fin de cours.

Tout départ anticipé d'une séance nécessite la délivrance d'une autorisation parentale mentionnant le jour et l'heure de ce départ anticipé.

Je dégage de toutes responsabilités l'éducateur ainsi que les responsables de l'Association Le Haillan–Saint Médard en Jalles Tennis de Table au cas où l'enfant inscrit à l'activité ne serait pas présent lors de l'appel effectué au début du cours.

Il incombe donc aux parents ou accompagnateurs de s'assurer que l'enfant se présente bien à la salle aux heures prévues.

### RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association Le Haillan–Saint Médard en Jalles Tennis de Table **et m'engage à le respecter.**

(\*) Cocher les cases correspondantes

**Date :**        /        /

**« lu et approuvé » Signature**