

# Bulletin d'adhésion 2019-2020



## 1/ Joueur/Joueuse/Adhérent

Nom : Prénom : né(e) le :  
Portable : Courriel (obligatoire) :  
Profession :

## 2/ Parents (pour les jeunes de moins de 18 ans)

Nom : Prénom :  
Portable : Courriel (obligatoire) :  
Profession père : Profession mère :

## 3/ Type d'adhésion (rayer les mentions inutiles)

- baby-ping et sport adapté 80€ (20€ d'adhésion + 60€ de cotisation)
- traditionnelle 160€ (20€ d'adhésion + 140€ de cotisation)
- critérium fédéral (22,50€ pour les poussins/benjamins, 27,50€ pour les minimes/cadets, 29,50€ pour les juniors, 43€ pour les adultes)
- adhésion pour soutenir le projet du club à partir de 20€



## 4/ Informatique et liberté

J'accepte ou je n'accepte pas (rayer la mention inutile)

que les photos et interviews réalisés dans le cadre de ma participation aux diverses manifestations et compétitions liées au tennis de table soient diffusées dans la presse écrite, dans les bulletins ainsi que sur le site web du club

## 5/ Informations à compléter par les parents pour les enfants de moins de 18 ans.

Je, soussigné

tél domicile : bureau : mobile :-

- autorise mon enfant désigné ci-dessus à adhérer au CP Fouras pour toutes les activités proposées par cette association et à prendre place dans une voiture particulière afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisir au cours de la saison,

- autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence.

- Les parents doivent accompagner leurs enfants sur les lieux d'entraînements et s'assurer de la présence d'un responsable du club. En cas d'absence de ces derniers et jusqu'à leur arrivée, les parents doivent assurer la surveillance de leurs enfants. La prise en charge du CP Fouras s'arrête à partir du moment où l'entraînement est fini et que leurs enfants sont sortis de l'enceinte du club.

- **Le CP Fouras décline toute responsabilité pour les accidents pouvant survenir avant et après leur prise en charge définie ci-dessus.**

à le signature

## **Votre participation est nécessaire/importante au bon fonctionnement et au développement du club**

Pouvez -vous nous aider :

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| • Lors d'une manifestation organisée par le club à tenir la buvette ? | oui | non |
| • En accompagnant des enfants à des compétitions individuelles ?      | oui | non |
| • En vous formant à l'arbitrage (pas besoin d'être joueur) ?          | oui | non |
| • A la réparation du matériel ?                                       | oui | non |

Autres domaines dans lesquels vous pourriez aider le club ?

---

---

### **En m'inscrivant au club pongiste fourasin, je m'engage à :**

- Me conformer aux valeurs de l'esprit sportif, à savoir :
  - Refuser toute forme de tricherie et de violence.
  - Etre maître de moi-même en toutes circonstances.
  - Etre loyal et tolérant dans mon activité sportive.
- Respecter :
  - Mon club, ses dirigeants, ses entraîneurs, son équipe,
  - Les règles du sport que je pratique, mes adversaires, les arbitres,
  - Les joueurs et le club visiteurs/visités,
  - Le matériel, les spectateurs.

Ce respect comprend toutes les formes de comportement possibles :

- Absence de geste incorrect ou de parole déplacée,
- Politesse,
- Respecter ses engagements,
- Contribuer au maintien des installations en état (ramassage des balles, des bouteilles vides, ...) en fin de séance d'entraînement ou de compétition,
- Jouer un match dans l'esprit c'est à dire à 100% de ses moyens,
- Participer au pot de l'amitié avec les équipes adverses, à domicile comme à l'extérieur,
- Le respect des horaires.....

Lors des entraînements et des compétitions, le joueur doit donner le meilleur de lui-même et être un exemple pour les autres.

Un joueur ne pouvant participer à une compétition doit prévenir de son absence, dès qu'il la connaît, son capitaine d'équipe et le responsable du championnat, afin qu'une solution de remplacement soit trouvée.

#### **TENUE VESTIMENTAIRE**

Lors des entraînements, la tenue sportive est obligatoire (short, maillot et chaussures de sport).

Lors des compétitions officielles **la tenue réglementaire est obligatoire ( maillot du club).**

à

le

signature



# BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCE

## Saison 2019/2020

Association  N°

Date  Réservé Ligue ou Comité  
Date de Validation

Première demande  Renouvellement  Reprise d'activité  Transfert

Traditionnelle  Promotionnelle  Confirmation internet  Mutation

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

Nom \*  Prénom \*

Date Naissance \*  Sexe \*  Nationalité \*

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

Adresse \*

Code Postal  Ville

Téléphone  Téléphone portable

Courriel \*  \* : obligatoire

Dirigeant  Arbitre/JA  /  Technicien

Vétéran  Né en 1979 et avant  
Senior  Du 01/01/80 au 31/12/01  
Junior  Du 01/01/02 au 31/12/04

Cadet  Du 01/01/05 au 31/12/06  
Minime  Du 01/01/07 au 31/12/08  
Benjamin  Du 01/01/09 au 31/12/10  
Poussin  Né en 2011 et après

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

<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 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