



Saison 2020/2021

Dossier LOISIR

Chèr(e)s pongistes,

Vous trouverez ci-joint toutes les informations pratiques concernant la saison 2020/2021. N'hésitez pas à nous contacter au 06.81.69.52.28 (Sophie) ou 06.12.64.35.06 (Laurent) afin que nous puissions répondre à d'éventuelles questions (et aussi téléphones clubs : 09.29.50.97.70 et 07.67.61.35.52).



- Ci-joint :
- Les entraînements hebdomadaires
 - Les tarifs des cotisations et un RIB si vous voulez régler par virement
 - Un questionnaire de santé et son attestation ou un modèle de certificat médical
 - La fiche de renseignements à redonner dès la rentrée
 - Les infos pour la commande Wack sport
 - Un feuillet d'information sur l'assurance facultative des licenciés

BONNE RENTREE SPORTIVE
Le Bureau

La JOURNEE des ASSOCIATIONS aux Unelles aura lieu
le samedi 12 septembre de 11h00 à 17h00
(nouveaux inscrits, réengagements, etc)

PLANNING ENTRAINEMENTS

JOUR	GROUPE	HORAIRES	REPRISE
LUNDI	► Loisirs Adultes et jeunes :	19h00 à 21h00	<u>14 sept</u>
MARDI	► Loisir+ Jeu libre :	20h15 à 22h00	<u>15 sept.</u>
JEUDI	► Loisirs :	19h00 à 21h30	<u>17 sept</u>

LES COTISATIONS 2020-2021

- Loisir (adulte) : 65 € (*50 €)

* En raison de la crise sanitaire, une remise exceptionnelle est accordée aux joueurs qui se réinscrivent pour la saison 2020/2021

Sont acceptés les bons Atout Normandie, les chèques vacances, les coupons Sport, les bons Spot 50...

Ci-joint un RIB pour régler directement par virement bancaire.

COMMANDE WACK SPORT

SI VOUS SOUHAITEZ : REVETEMENTS, BOIS, CHAUSSURES, VETEMENTS.....
ENVOYEZ VOTRE COMMANDE PAR COURRIEL OU DONNEZ-LA A SOPHIE.

Toute commande passée par le club donne droit à une réduction de 20 % sur tout le catalogue

E mail du club : jactt@wanadoo.fr

Tel club : 09.50.29.97.70

Tel Sophie : 06.81.69.52.28

CERTIFICAT MEDICAL

(Modèle possible mais pas exclusif)

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

	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 inexplicée ?	<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"/>
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.), 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

ASSURANCE INDIVIDUELLE OPTIONNELLE

Règlement complet sur : <http://www.fft.com/site/jouer/licences/assurance>



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^{er} 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
Montant total du règlement			

A adresser à : MAIF

16-18 Bd de la Mothe

54000 NANCY

gestionspecialisee@maif.fr

Tel : 03 83 39 76 08

Date et Signature

RIB

Crédit Mutuel

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
15489	04704	00036545901	41	EUR

Domiciliation
CCM COUTANCES

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)						
FR76	1548	9047	0400	0365	4590	141

BIC (Bank Identifier Code)
CMCIFR2A

Domiciliation
CCM COUTANCES
15 RUE TOURVILLE
BP 229
50202 COUTANCES CEDEX

Titulaire du compte (Account Owner)
JEANNE D'ARC COUTANCES TENNIS DE
TABLE
24 RUE JEAN FRANCOIS MILLET
50200 COUTANCES

☎ 0 820 025 793 (Service 0,12 €/min + prix appel)

Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

<u>Réservé au club</u>	<u>Catégorie /Groupe</u>		<u>Règlement Cotisation</u>		<u>Certificat Médical</u>	
----------------------------	------------------------------	--	---------------------------------	--	-------------------------------	--



FICHE D'INSCRIPTION

Saison 2020/2021

JACTT

Salle Hubert Savary
24, rue Jean-François Millet
50200 COUTANCES
Tel : 09.50.29.97.70
E-mail : jactt@wanadoo.fr

NOM (+ nom de naissance éventuellement) :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Classe (pour les scolaires) :

Adresse :

Téléphone : Domicile :

Travail :

Portable :

Courriel :

Droit à l'image :

Je soussigné M. Mme _____ autorise la JA Coutances à utiliser les photos

de moi-même

de mon enfant

pour être affichées dans les locaux de l'Association ou sur le site Internet du club.

A Coutances le ___/___/2020

Signature :

(Pour les nouveaux licenciés) - J'ai eu connaissance de la JA Coutances par :

- le bouche à oreille
- la pratique scolaire
- le site internet du club
- une manifestation organisée par le club, comme les journées "portes ouvertes"
- les articles dans la presse
- autre, précisez :

