



BORDEREAU D'INSCRIPTION

SAISON 2024/2025

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE : / / à :	
☒ Adresse :	
Code Postal :	Ville :
☎ Téléphone :	
☒ Adresse mail :@.....	

COTISATIONS POUR LA SAISON 2024/2025

SENIORS (nés avant le 01.01.2006)	110 €
JUNIORS (nés en 2006, 2007, 2008 & 2009)	
CADETS (nés en 2010 & 2011) - MINIMES (nés en 2012 & 2013)	75 €
BENJAMINS (nés en 2014 & 2015) - POUSSINS (nés en 2016 & après)	
LOISIRS ADULTES	80 €
Baby ping (le samedi matin uniquement accompagné d'un parent)	50 €

- Je désire jouer en compétition : OUI ☐ NON ☐

La participation en compétition implique l'engagement du joueur ou des parents pour les déplacements
(Le club essaiera de mettre à disposition un bénévole en fonction des disponibilités)

- Je désire participer au championnat individuel : OUI ☐ NON ☐

SUPPLEMENT COTISATION POUR CHAMPIONNAT INDIVIDUEL

Séniors +37 €, Juniors +22 €, Cadets +18 €, Minimes et benjamins + 10 €

Autorise / N'autorise pas à me photographier (ou mon enfant) et à utiliser l'image

Autorise / N'autorise pas mon enfant mineur à quitter les séances d'entraînements seul

SIGNATURE :

SIGNATURE DES PARENTS (mineur) :

Fournir les pièces suivantes :

- 1 photo d'identité
- Un certificat médical
- Questionnaire de santé si certificat de moins de 2 ans sur inscription précédente

Prière de rendre ce dossier d'inscription as vite accompagné du paiement (chèque, espèce ou carte bancaire) Chaque joueur ne pourra jouer que lorsque son dossier complet aura été rendu.

<http://www.fachesthumesniltt.com>

Facebook : Faches-Thumesnil Tennis de table

Complexe sportif – 298 rue Kléber 59155 FACHES-THUMESNIL

Téléphone : 03 20 60 12 96

Préfecture 5/31980 le 17/9/96 – J.O du 9/10/96 numéro : 1009 – J&S : 59S2299 le 12/12/96 – FFTT : 07590074 – Siret : 41016301800014

Questionnaire de Santé pour Majeur

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si êtes majeur et avez un certificat médical datant de moins de trois 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 deux fois avec un 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 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 :
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 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 : _____ PRENOM : _____
N° de licence : _____
Je 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

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 réveiller-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 ?		☐ ☐

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié et de son représentant légal.
Si vous avez répondu NON à toutes les questions :
Pas de certificat médical à fournir. Simplement attester en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.
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 : _____
Je 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