

Nom : Prénom : ☐ Masculin ☐ Féminin
 Né(e) le : / / à : Nationalité :
 Classe et nom de l'établissement scolaire :
 Adresse N° / rue :
 Code Postal : Ville :

**CONTACT
PRINCIPAL**

Tél. portable :
 Email :



Responsable légal 1 : Nom / Prénom
 Email : Tél :
 Profession et adresse employeur :

Responsable légal 2 : Nom / Prénom
 Email : Tél :
 Profession et adresse employeur :

Déjà inscrit la saison précédente, N° de licence :

↓ ↓ ↓ **PARTIE RESERVEE AUX EDUCATEURS ET BENEVOLES DE L'ASSOCIATION** ↓ ↓ ↓

Cotisation Compétition :	220€ + Licence FFFT 50€ + inscript° Critérium Fédéral 30€	→	300 € ☐
Cotisation Loisir	220 € + Licence FFFT : 25 €	→	245 € ☐
Cotisation Baby Ping	150 € + Licence FFFT : 15 €	→	165 € ☐
Licence Extérieur		→	130 € ☐
Raquette Débutant		→	+40 € ☐
Maillot PRGTT	Taille :	→	+30 € ☐

Don* (déductible à 66% de vos impôts) en euros **Montant :€ ☐**

Réduction Pass'Sport :	CODE	→	- 70 € ☐
Réduction Pass'Région :	N° CARTE CODE	→	- 30 € ☐
Réduction famille 2 ^e licence	Nom 1 ^{er} membre	→	- 20 € ☐
Réduction famille 3 ^e licence	Nom 2 ^e membre	→	- 30 € ☐

Réduction bénévolat : minimum 2 manifestations par an durant 4H00 → - 30 € ☐

Réduction arbitrage Juge Arbitre ou Arbitrage Régional, dont formation offerte → - 30 € ☐

Réduction Membres Actifs Comité Directeur ou Commission → - 30 € ☐

COMMUNICATION INFOS PRATIQUES

PRGTT
Groupe WhatsApp



IMPORTANT

En scannant les
QR-Code ci-contre
 vous accédez
 directement au(x)
groupe(s) WhatsApp
 souhaité(s)

Compétition PRGTT
Groupe WhatsApp



TOTAL A REGLER : €

- ☐ **Hello Asso** ☐ **Chèques vacances**
- ☐ **Espèces**
- ☐ **Chèque** à l'ordre du PRGTT 74
 (Chèque encaissé à partir du 01/09/26)
- ☐ **Virement** Code BIC : CMCIFR2A
 FR76 1027 8024 2000 0208 3410 178

CERTIFICAT MEDICAL Enfants et Jeunes de moins de 18 ans

Certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport à **fournir tous les 3 ans** ou **auto-questionnaire de santé ci-dessous** (voir formulaire 25-10-2)

Je soussigné : **Nom** : **Prénom** : **N° de licence** :

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
(OBLIGATOIRE) :

Date et signature du représentant légal
(OBLIGATOIRE) :

AUTORISATION DE SOINS EN CAS D'ACCIDENT SUR MINEUR

Je soussigné (**Nom, Prénom, Qualité**),

Autorise par la présente concernant mon enfant (**Nom, Prénom du licencié**) :

- tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- le responsable de l'association, éducateurs, responsables d'équipe, bénévoles :
 - à prendre toutes les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins.
 - à prendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

Fait à : Le / /

Signature :

AUTORISATION DE TRANSPORT POUR LES MINEURS

Je soussigné (**Nom, Prénom, Qualité**),

Autorise par la présente concernant mon enfant (**Nom, Prénom du licencié**) :

- à être transporté en voiture particulière ou en minibus dans le cadre des déplacements sportifs.
- je m'engage à avoir vérifié que je dispose d'une assurance en cas d'accident ou à souscrire à une assurance le cas échéant.

Fait à : Le / /

Signature :

DROIT A L'IMAGE - DONNEES PERSONNELLES - ASSURANCE

- **Je suis informé(e)** de l'existence du site internet www.prgtt.com de l'association et de l'utilisation de photos pour les articles de presse. J'autorise le club à publier sur les supports précédemment cités les photos en lien avec la discipline. Toutefois, si une photo sur laquelle je figure ne me convient pas, le club s'engage à la retirer et à ne plus l'utiliser sur simple demande écrite (email) de ma part.
- **Je suis informé(e)** que le club traite mes données personnelles (Nom, prénom, date de naissance, adresses mail et postale, n° de téléphone et potentiellement employeur), ceci dans le cadre de la gestion financière et sportive de l'association et pour communiquer à propos des différents événements sportifs et extra-sportifs.
- **J'ai pris connaissance** des conditions d'assurance lié à ma licence FFTT disponible sur www.prgtt.com

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

« »

Questionnaire de Santé pour Mineur

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si vous êtes mineur au moment de la prise de la licence

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

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 réveilles-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 ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	☐	☐

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié et de son représentant légal.

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 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.



N° 26-10-2

ATTESTATION

(Coupon à découper et à joindre avec la demande de licence)

Je soussigné :

NOM : _____

PRENOM : _____

N° de licence : _____

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

OBLIGATOIRE

OBLIGATOIRE