



MILLY MAISSE TENNIS DE TABLE

BORDEREAU D'INSCRIPTION 2018 / 2019

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Noms Sexe : F M
 Prénoms
 Adresse 1ere Adhésion Renouvellement
 Téléphone Fixe : Mobile :
 E.Mail Date de Naissance

TARIFS ANNUELS

	Plein tarif	90%	85%	Critérium Fédéral	Vétérans
LOISIR Adulte	85	77	73		
FFTT et UFOLEP					
Adultes	167	150	142	42 ou 0 pour les féminines	12
Jeunes née avant 2006	120	108	102	34.5	
Enfants née en 2007 et après	120	108	102	25	
S-A UFOLEP					
Adultes	125	113	106		
S-A FFTT					
Adultes	143	129	122	42	12
Une participation de 20 Euros est demandée pour le Maillot du Club, obligatoire en compétition.					

NB: Le coût d'inscription aux épreuves individuelles FFTT et les éventuelles amendes, sont à la charge des joueurs.
 Pour les inscriptions familiales une réduction est appliquée dès la deuxième licence.

Le présent Bulletin d'inscription est à rendre accompagné de:

. Certificat médical d'aptitude à la pratique du tennis de table en compétition pour toutes nouvelles Licences		
. Auto-questionnaire de santé pour renouvellement : Certificat Médical valable 3 ans à partir du 1/07/2016		
. Imprimé d'assurance stipulant, si nécessaire, la catégorie d'assurance complémentaire retenue		
. Imprimé d'autorisation médicale de prise en charge en cas d'accident		
. Photo d'identité pour les nouveaux affiliés UFOLEP ou FFTT		
. Chèque, à l'ordre de MMTT, du montant des différentes cotisations		
		Chèque-vacances & Coupon sport Acceptés sans remboursement
. Besoin d'une attestation pour votre CE ? *		Oui Non

POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE

Mr Philippe FAUQUEMONT 5 Route de Boutigny 91490 MILLY LA FORET Tel: 06 72 83 49 16 / 01 64 98 64 76	Mr Joaquin PLOU 6 Rue St Wulfran 91490 MILLY LA FORET Tel: 01 64 98 93 25
--	---

Ou sur notre site: <http://millymaissett.free.fr>

Courriel: millymaissett@free.fr

***Rayer les mentions inutiles**

MILLY MAISSE TENNIS DE TABLE SAISON 2018 - 2019

AUTORISATIONS

Médicale en cas d'accident.

Je soussigné.....

Adresse.....

.....

Téléphone:

Autorise le responsable de l'association M.M.T.T, pour l'activité que je pratique à me faire transporter ou à transporter mon enfant mineur :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

- à l'hôpital de Corbeil Evry
- au centre de mon choix :
- au centre hospitalier le plus proche du lieu de l'accident, si celui ci survient au cours d'un déplacement.

Si l'état de mon enfant ou de moi même nécessite une intervention chirurgicale d'urgence, j'autorise le chirurgien à pratiquer cette intervention.

Entraînements. *

- A chaque séance d'entraînement je m'engage à l'amener dans la salle et à y venir le récupérer.
- Je laisse mon enfant venir seul jusqu'à la salle et en repartir seul après les séances d'entraînement, déchargeant ainsi la municipalité, le club et l'entraîneur de toute responsabilité en cas d'accident hors de la salle de tennis de table.

Transports.

J'autorise toutes personnes à transporter mon enfant dans son véhicule personnel ou à utiliser les moyens de transport public lors des déplacements pour la pratique du tennis de table.

Oui Non

Droits à l'image. *

Le club diffusant sur son site internet ou dans les bulletins municipaux des résultats, des photographies et des informations sur les joueurs, merci de rayer, ci dessous, la mention inutile.

Je souhaite Je ne souhaite pas que mon image (ou celle de mon enfant mineur) soit diffusée.

Renseignements divers.

Date de la dernière vaccination antitétanique

Groupe sanguin

Contre indications éventuelles

.....

Les informations à caractère personnel sont traitées par notre association à des fins de gestion des adhérents et de correspondance. Elles ne seront en aucun cas diffusées ou communiquées à des tiers sans votre accord préalable.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données vous concernant. Pour l'exercer, veuillez prendre contact avec un des membres du bureau.

Le..... à

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

* Rayer les mentions inutiles.

BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCE

Saison 2018/2019

Association		N°	
Date		Date de Validation Réservé Ligue ou Comité	

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 * (si étranger, préciser le pays)

Classement Points (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	☐
-----------	--------------------------	------------	---	------------	--------------------------

Vétérane Né en 1978 et avant	☐	Senior Du 01/01/79 au 31/12/00	☐	Junior Du 01/01/01 au 31/12/03	☐
Cadet Du 01/01/04 au 31/12/05	☐	Minime Du 01/01/06 au 31/12/07	☐	Benjamin Du 01/01/08 au 31/12/09	☐
Poussin Né en 2010 et après		☐			

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 postérieur au 30 juin 2016. 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 (18-10).

☐ 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 18-9

☐ 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 pour les mineurs

☐ J'ai pris connaissance des conditions d'assurances (voir document 18-2-2)



N° 18-2-2

ASSURANCES**CONTRAT DE BASE DOMMAGES CORPORELS FTT****MMA ENTREPRISE 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.fft.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 0,18 €**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 (0,18€).

Ce montant est 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 de traitement et pour des prestations telles 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 » à 0,18 € que je règle avec ma licence

☐ 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 matches. 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 » à 0,18 €**(âge limité à 70 ans pour les garanties décès – invalidité)**

A	GARANTIE BRONZE	GARANTIE ARGENT	GARANTIE OR
Capitaux <u>décès</u>	10 000 €	20 000 €	30 000 €
Capitaux <u>invalidité</u> en cas d'accident corporels	20 000 €	40 000 €	50 000 €
Indemnité <u>journalière</u> Franchise 3 jours, Duré maxi. 365 jours, Age à partir de 16 ans et moins de 65 ans	NEANT	15 €	25 €
Frais médicaux	NEANT	NEANT	100 % du régime conventionné de la SS
Cotisations complémentaires T.T.C.	5 €	8 €	15 €

Le formulaire de souscription est disponible en consultation et téléchargement sur le site web de la FTT à l'adresse www.fft.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.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si vous avez un certificat médical datant de moins de 3 ans (postérieur au 30 juin 2016), et si vous avez été licencié en continu depuis cette date, avec la mention "certificat médical présenté"

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.), survenu 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 :

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