

### Adhérent

Nom et Prénom	
Date de naissance	
Nationalité	
Sexe	M / F
Adresse	
Code Postal et Ville	
Téléphone portable	
Email	
Nom et Prénom du responsable légal (pour les mineurs)	

Je soussigné :

- autorise les entraîneurs et les dirigeants de Champagne TT à prendre toute décision nécessaire me concernant/concernant mon enfant, en cas d'urgence médicale ou d'accident dans le cadre des activités organisées par le club,
- accepte avoir l'utilisation de mon image/l'image de mon enfant, sur le site du club Champagne TT et ses supports de communication, dans le bulletin municipal de Champagne,
- atteste avoir pris connaissance du contrat d'assurance inclus avec la licence FFTT et des possibilités de garanties complémentaires sur : <http://www.fft.com/site/jouer/licences/assurance>

Fait à :	Signature (responsable légal pour les mineurs) :
Le : / /	

Ces informations sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concernent.

### Tarifs (cocher)

		Cotisation	
<b>Adultes Nés en 2002 et avant</b>	<u>Compétition</u> : Tous entraînements + compétition	180€	
	<u>Loisir</u> : Entraînement dirigé mercredi soir et jeu libre	120€	
	<u>Papy-Mamy Ping</u> : Jeudi après-midi uniquement	60€	
<b>Enfants</b>	<u>Loisirs ou Compétition</u> : Nés en 2003 et après	165€	
<b>Garderie Périscolaire D. Vincent</b>	<u>2 jours</u> - lundi <u>et</u> vendredi	150€	
	<u>1 jour</u> - lundi <u>ou</u> vendredi	80€	

### Compétition individuelle - Critérium Fédéral (cocher)

	Coût	
Senior, Vétéran (nés en 2002 et avant)	37€	
Junior, Cadet, Minime, Benjamin (nés en 2003 et après)	23€	

### Matériel Champagne TT (cocher)

	Coût	
Chemisette compétition bleue et rouge	25€	
T-shirt entraînement bleu	5€	
Raquette débutant	30€	

### Réductions (cocher)

Réduction famille (sur la 2ème adhésion, et chacune des suivantes)	-15€	
Réduction PASS'SPORTS Champagne	-50€	
Réduction PASS'SPORT Dardilly	-25€	
Réduction PASS' Région	-30€	

### Règlement possible en 3 fois

			TOTAL		€
Espèces	Chèque(s)	Virement		Chèques vacances	

### Mécénat et réduction d'impôts

**Pour tout don, le club vous offre un bon d'achat chez notre partenaire *Castano Sport*, fournisseur de matériel de tennis de table** (dans la limite de 25% du montant don, et 65€ maximum). Vous recevrez également une attestation fiscale permettant d'obtenir une **réduction d'impôts de 66% du montant du don**.  
*Ex : Pour 100€ de don, 25€ en bon d'achat et 66€ de réduction d'impôts, soit un coût réel de 9€.*

<b>Je fais un don de :</b>	<b>€</b>
----------------------------	----------



N° 20-10

## 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". Un certificat médical ne peut être prolongé plus de 2 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 ?	<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"/>
<b>A ce jour :</b>			
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.**



N° 20-10

## 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 (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



N° 20-9

SAISON 20-21

## 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 :