|  |  |
| --- | --- |
| Résultat de recherche d'images pour "dessin tennis de table"  **INSCRIPTION 2016/2017**  Rue de Verdun  BP 143  61004 ALENCON Cedex  Tél : 02 33 29 18 98  Mail:etoile.alencongym@wanadoo.fr | Date d’inscription:  **JEUNE**  TENNIS DE TABLE |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS ADHERENT**  N° LICENCE:  NOM : …………………………………………………………………………………….. PRENOM :…………………..…………………………… Sexe : F 🗆 M 🗆  Date de naissance : ……………………………………….  Adresse :……………………………………………………..……………………………………………………  Code Postal : …….……… VILLE :………….………………………………….……………………………  E-mail : ………………………..……………………………………………………………………..……..…….  🕾Adhérent :………………………. 🕾Mère :………………………. 🕾Père: ……………………….  🕾Travail Mère :…………………… 🕾Travail Père :………………………. |
|  |
| **Personne à prévenir en cas d’urgence :**  NOM/ PRENOM :………………………….……………………. Mobile :……………………………………  🗆 Autorise les responsables de l’Etoile Alençonaise à me faire soigner, et à faire pratiquer toute intervention d’urgence, éventuellemet sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du médecin  N°SS :……………………………………….………… Nom Mutuelle : …………………………………………. |

|  |
| --- |
| Je soussigné(e)…………………………………………………. agissant en qualité de représentant légal de l’enfant……………………………………………..….  **Droit à l’image :**  🗆 Autorise 🗆 Refuse l’utilisation par l’Etoile Alençonnaise de l’image de mon enfant (photographie, vidéo, réseaux sociaux ...) uniquement à des fins bienveillantes et/ou promotionnelles et en aucun cas à un usage personnel et mal intentionné.  **Règlement intérieur** :  🗆 atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur  **Autorisation de sortie**  🗆 Autorise ma fille ou mon fils à quitter seul(e) le lieu d’entrainement ou de compétition  🗆 N’autorise pas ma fille ou mon fils à quitter seul(e) le lieu d’entrainement ou de compétition  **Assurance MMA Entreprise**  🗆 J’ai pris connaissance que je pouvais prendre l’assurance MMA Entreprise |

|  |
| --- |
| Notez ci-dessous toute information que vous jugerez nécessaire de porter à notre connaissance : |

Certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements portés sur la présente fiche d’inscription.

Fait à Alençon, le …………………………………….

Signature

*Jours et heures de cours :*

|  |  |
| --- | --- |
| *LOISIR*  *2009-2010: 75€ 2008 et avant : 105€* | *COMPETITION*  *2009-2010: 75€ ; 2007-2008: 105€ 2003 à 2006: 135€ ; 2000 à 2002: 150€* |
| Lundi 17h00 / 18h15  Mercredi 14h30 / 16h00  Mercredi 16h15 / 17h45  Jeudi 17h00 / 18h30  Vendredi 17h00 / 18h15 | Lundi 18h30 / 20h00  Mardi 18h30 / 20h00  Mercredi 18h00 / 20h00  Mercredi 20h15 / 22h30  Vendredi 18h30 / 20h00 |

L’Etoile Alençonnaise se réserve le droit de modifier à tout moment les horaires de cours.

### PIECES A FOURNIR

🖙 1 certificat médical d’aptitude au tennis de table ou l’attestation ci-jointe (à fournir dans les 15 jours après l’inscription)

🖙 1 photo d’identité

🖙 Présente fiche (recto / verso) datée et signée

ATTENTION :

Pensez à compléter votre dossier dans les 15 jours après le cours d’essai pour être accepté aux cours

|  |
| --- |
| PARTIE RESERVEE AU SECRETARIAT |
| **LOISIR Poussin : 75 €**  **LOISIR Jeune : 105 €** |
| **COMPETITION Poussin : 75 €**  **COMPETITION Benjamin : 105 €**  **COMPETITION Minime-Cadet : 135 €**  **COMPETITION Junior : 150 €** |
| **Options**  Critérium fédéral : + **15 €**  Joueurs licenciés clubs extérieurs : **50 €**  Etudiants (sur présentation de la carte) : **- 30 €**  Réduction famille : **- 15 €** |
| **REGLEMENT COTISATION ANNUELLE : ……………………** |
| 🗆 Chèques 🗆 Chèques vacances  🗆 Coupons sports 🗆 Bons CAF  🗆 Tatoo 🗆 Espèce |
| 🗆 Certificat médical 🗆 Photo |

**QUESTIONNAIRE DE SANTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Durant les douze derniers mois : | Oui | Non |
| * Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une crise cardiaque ou inexpliquée ? |  |  |
| * Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? |  |  |
| * Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) |  |  |
| * Avez-vous eu une perte de connaissance ? |  |  |
| * 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 ? |  |  |
| * Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies ? |  |  |
| A ce jour : |  |  |
| * 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 ? |  |  |
| * Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? |  |  |
| * Pensez-vous avoir besoin d’un avis médical pour votre pratique sportive ? |  |  |

*Attention* :

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, à condition que le précédent certificat fourni au club soit postérieur au 30 juin 2016. Dans ce cas, attestez simplement 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 au moins une question, ou si votre ancien certificat est antérieur au 30/06/16:

⮚ Le certificat médical est obligatoire pour l’obtention d’une licence

|  |
| --- |
| **ATTESTATION**  (coupon à découper et à joindre avec la demande de licence)  Je soussigné :  Nom : …………………………………………. Prénom : ……………………………………………  Licence n° …………………………………….. Club : Etoile Alençonnaise  déclare avoir précédemment fourni un certificat médical postérieur au 30/06/16 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.  Fait à ………………………………………………. Le …………./……………/………….  Certificat médical précédent :  Date : …………../…………………/……………….  Nom du médecin :  ……………………………………………………………  Signature : |

**✄………………………………………………………………………………………………………………**

