



## G nelard-Paray Tennis De Table

1 Rue Victor Hugo, 71420 G nelard  
3 Rue du 8 Mai, 71600 Paray-Le-Monial  
Contact : [genelard.tt@gmail.com](mailto:genelard.tt@gmail.com)  
Téléphone : 07.89.52.73.74 (Enzo CORREIA)

### **INSCRIPTION - DEMANDE DE LICENCE SAISON 2024-2025**

Au moment de la remise du dossier d'inscription, vous devez fournir les pièces suivantes :

- Le présent formulaire d'inscription rempli et signé par le représentant légal pour les mineurs.
- Les attestations et autorisations jointes au formulaire d'inscription remplies et sign es.
- Le certificat médical.
- Le règlement financier pour la saison 2024-2025 (cotisation-licence et critérium fédéral le cas échéant).

**Le dossier complet sera à déposer au club.**

### **IDENTITÉ DE L'ADHERENT**

<b>Nom :</b>	<b>Prénom(s) :</b>	<b>Sexe :</b>
<b>N�(e) le :</b>	<b>A :</b>	<b>Nationalité :</b>
<b>Adresse :</b>	<b>Ville :</b>	
<b>Code postal :</b>	<b>Tel domicile :</b>	
<b>Tel portable :</b>	<b>E-mail :</b>	
<b>N�de Licence : (renouvellement)</b>	<b>Points :</b>	

**Souhaitez recevoir les informations du CLUB par E-Mail : OUI - NON** (rayer la mention inutile)

Il serait souhaitable pour les licenciés mais aussi pour les parents des jeunes joueurs de télécharger l'application « TeamPulse » (application gratuite) et rejoindre le groupe « G nelard-Paray TT » qui me permettra de vous partager les jours et horaires d'entraînements, de compétitions, de stage etc et de confirmer votre présence ou celle de vos enfants.

**Fait   :**

**Le :**

**Signature :**

## CERTIFICAT MEDICAL

- Concernant les mineurs, il vous faudra remplir l'auto-questionnaire médical que vous trouverez à la suite du dossier et rapporter le « coupon attestation » certifiant avoir déclaré répondu « non » à toutes les questions du questionnaire santé. (Si pour l'une des questions, la réponse « oui » est indiquée, un certificat médical vous sera alors demandé).
- Concernant les majeurs, vous avez fourni la saison précédente un certificat médical datant de moins de trois ans à la date de cette demande. Par conséquent je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu « non » à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical. (Néanmoins, si le certificat médical est daté de plus de trois ans et/ou si l'auto-questionnaire ne contient pas uniquement la mention « non » à toutes les questions, il vous faudra joindre au dossier un certificat médical).
- CERTIFICAT MÉDICAL

### POUR LES MINEURS AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Je soussigné Madame-Monsieur (1)....., agissant en qualité de mère - père - tuteur (1) autorise mon fils - ma fille (1) à adhérer au Gévelard-Paray Tennis de table. (1) rayer les mentions inutiles)  
Mon enfant pourra - ne pourra pas (1) quitter l'entraînement sans la présence d'un adulte. ((1) rayer la mention inutile)

### AUTORISATION D'EXPLOITATION DES IMAGES ET PHOTOS

Je soussigné(e)..... autorise / n'autorise pas (rayer la mention inutile) l'association à exploiter gratuitement les photos ou les images de : moi-même / mon enfant (rayer la mention inutile) réalisées lors de la pratique du Tennis de Table (entraînements, compétitions, démonstrations, initiations, stages, séances photos .....). J'autorise **LE CLUB** à exploiter ces photos et images pour la création, l'impression et la diffusion d'affiches, de tracts, et autres supports publicitaires liés exclusivement au Tennis de Table. Ces photos et images pourront être utilisées sur le site internet de l'association qui sert à informer sur la vie de le CLUB et à promouvoir le Tennis de Table. La présente autorisation commence au jour de la signature du présent document et est illimitée dans le temps. L'arrêt de l'exploitation des photos et images pourra se faire sur simple demande.

### TARIFS - CATÉGORIES – LICENCES

(Possibilité de régler en 3 fois par chèque (les 3 chèques sont à donner lors de l'inscription))

La cotisation comprend l'adhésion au Gévelard-Paray Tennis de table ainsi que la licence-assurance.

Licence Adulte (18ans et plus) : <b>120€</b>	Achat tenue officielle du club (teeshirt, short)
Licence Junior, Cadet, Minime ( de 12 à 17ans) : <b>90€</b>	<b>Obligatoire pour compétiteur : 25€</b>
Licence Benjamin, Poussin (11ans et moins) : <b>70€</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Licences Loisir (adulte, enfant) : <b>60€</b>	Taille : -Teeshirt : Short :
Participation 4 tours de critérium : <b>+ 25€</b>	

Fait à :

Le :

Signature :

# ATTESTATION DE TRANSPORT

Je soussigné(e).....responsable légal(e) du  
licencié....., au Gévelard-Paray

Tennis De Table autorise mon enfant à être véhiculé aux compétitions sportives, et toutes  
autres activités extra-ping par les moyens de transports suivant :

- par la voiture personnelle d'un parent, d'un licencié du club ou toutes personnes détenant le permis B
- par minibus ou transport en commun.

Fait à :

Le :

Signature :

## Questionnaire de Santé pour Mineur

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si 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.

N° 22-10-2

Tu es :                    une fille                     un garçon                     Ton âge : .....ans

<b>Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.</b>			
<b>Durant les 12 derniers mois :</b>		<b>Oui</b>	<b>Non</b>
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 ?		
<b>Depuis un certain temps : (plus de 2 semaines)</b>			
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 ?		
<b>Aujourd'hui :</b>			
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 ?		
<b>Questions à faire remplir par tes parents :</b>			
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 ? <small>(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.)</small>		

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.

### ATTESTATION

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 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.**

( 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

## 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.



<b>Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.</b>		Oui	Non
<b>Durant les 12 derniers mois :</b>			
1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un <u>essoufflement</u> 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. ), survenue 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.**

### **ATTESTATION**

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

Je soussigné :

**NOM :** \_\_\_\_\_

**PRENOM :** \_\_\_\_\_

**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.

<u>Certificat médical précédent :</u>
Date : ____/____/____
Nom du médecin : _____

<u>Date et signature du titulaire ou du représentant légal :</u>

