



# TENNIS DE TABLE DU GRESIVAUDAN

Inscription: **PERROCHEAU Isabelle**  
Email : jm.perrocheau@orange.fr

## FICHE D'INSCRIPTION ANNEE 2017-2018

Nouvelle adhésion     Renouvellement

NOM et Prénom: .....

Date de naissance: ..... / ..... / .....

Adresse: .....

Code postal: ..... Ville: .....

Tel portable: ..... Email: .....

Tarifs annuels (entraînements avec encadrement)		
Loisir	/	155,00 €
Compétiteur	/	180,00 €
Remise famille		
Remise pour la 2ème personne	/	-13,00 €
Remise pour la 3ème personne	/	-25,00 €
Remise pour les personnes suivantes	/	-37,00 €
Critérium fédéral		
Poussin/benjamin : 13€ ; minime/cadet/junior : 20€ ; senior/vétéran : 33€	/	€
<b>Total à régler</b>		<b>€</b>

**Règlement de l'inscription**

1 fois (oct.)     2 fois (jan.)     3 fois (mars)

**PASS Région ou Chéquier Jeune Isère (déduit du règlement uniquement si copie du PASS Région ou du chèque jeune Isère fournis au moment du règlement)**

**Certificat médical datant de moins d'un an, avec le code du médecin et la mention : « apte à la pratique du tennis de table en compétition (si besoin) ».**

**ou**

**Attestation du "Questionnaire de Santé" uniquement pour les renouvellements ayant donné un certificat médical l'année dernière daté d'après le 30 juin 2016**

**Droit à l'image: J'autorise le TTTG à utiliser mon image pour la promotion du club à travers son site Internet et ses publications.**

OUI     NON

*L'association informe ses adhérents qu'ils ont la faculté de souscrire une garantie individuelle accident pour la pratique de ce sport ou se rapprocher de leur assureur familial pour la souscription d'un contrat garantie accidents de la vie privée.*

## Charte du respect à signer par le(la) joueur(joueuse)

### JE M'ENGAGE A:

- ✓ ETRE POLI
- ✓ RESPECTER LES AUTRES (JOUEURS, ENTRAINEURS,...ETC)
- ✓ RESPECTER LES HORAIRES
- ✓ INSTALLER ET RANGER LE MATERIEL ET LE RESPECTER
- ✓ ECOOUTER LES CONSIGNES DE L'ENTRAINEUR
- ✓ PORTER UNE TENUE ADAPTEE

Date: ..... / ..... /2017 **Signature :** .....

NOM et Prénom mère: .....

Tel portable: ..... Email: .....

NOM et Prénom père: .....

Tel portable: ..... Email: .....

### Autorisation parentale

Je soussigné(e): .....

*père, mère, responsable de l'enfant inscrit (\*) :*

**autorise / n'autorise pas (\*)**

à se rendre et repartir seul du cours de tennis de table aux heures de début et de fin définies lors de son inscription.

**autorise / n'autorise pas (\*)**

en cas d'urgence médicale, les représentants légaux du club ou par défaut toutes personnes adultes adhérentes au club en cas d'urgence médicale avérée, à se substituer à moi pour les actes nécessaires à la sécurité et à la santé de mon enfant et à prendre toutes les décisions d'urgence médicale, chirurgicale et d'anesthésie, sur demande du médecin.

Date: ..... / ..... /2017 **Signature :** .....

(\*) *Barrer les mentions inutiles*

**Dans le cas où je suis accompagnateur(accompagnatrice), je m'engage formellement à respecter le code de la route et la réglementation en vigueur.**

Date: ..... / ..... /2017 **Signature :** .....

### **Dons au Tennis de Table du Grésivaudan**

*Vous avez la possibilité de faire des dons au TTTG qui vous délivrera un reçu fiscal permettant une réduction d'impôt de 66% du montant des dons réalisés.  
Merci de votre soutien.*

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Saison 2017-2018

<b>Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.</b>			
<b>Durant les 12 derniers mois :</b>		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>1</b>	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	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"/>
<b>6</b>	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>			
<b>7</b>	Ressez-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"/>
<b>8</b>	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	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 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.

N° 17-10 (coupon à découper et à joindre avec la demande de licence)

## ATTESTATION

Je soussigné :

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ N° 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  Nom du médecin : _____ Date : ___/___/____
---

Signature du titulaire ou du représentant légal  Date : ___/___/____
--