



BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCE

Saison 2018/2019

Association **S A M E R I G N A C** N° **10330013**

Date _____ Date de Validation _____ Réservé Ligue ou Comité

| | | | | | | | |
|------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Première demande | <input type="checkbox"/> | Renouvellement | <input type="checkbox"/> | Reprise d'activité | <input type="checkbox"/> | Transfert | <input type="checkbox"/> |
| Traditionnelle | <input type="checkbox"/> | Promotionnelle | <input type="checkbox"/> | Confirmation internet | <input type="checkbox"/> | Mutation | <input type="checkbox"/> |

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 | <input type="checkbox"/> | Arbitre/JA | / | Technicien | <input type="checkbox"/> |
|-----------|--------------------------|------------|---|------------|--------------------------|

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Vétéran <small>Né en 1978 et avant</small> | <input type="checkbox"/> | Senior <small>Du 01/01/79 au 31/12/00</small> | <input type="checkbox"/> | Junior <small>Du 01/01/01 au 31/12/03</small> | <input type="checkbox"/> | | |
| Cadet <small>Du 01/01/04 au 31/12/05</small> | <input type="checkbox"/> | Minime <small>Du 01/01/06 au 31/12/07</small> | <input type="checkbox"/> | Benjamin <small>Du 01/01/08 au 31/12/09</small> | <input type="checkbox"/> | Poussin <small>Né en 2010 et après</small> | <input type="checkbox"/> |

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@fft.email), soit à l'organisme gestionnaire; elle peut également être notifiée en se rendant sur l'espace licencié (<http://www.fft.com/espace/licencie>).

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° 18-9

SAISON 18-19

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 :