

**N° 24-2****BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCE
Saison 2024/2025**Association : SAM TENNIS DE TABLENuméro : 10330013

Date : _____

Réservé Ligue ou Comité

Date de Validation : _____

Première demande : Renouvellement : Reprise d'activité : Transfert : Compétition : Loisir : Dirigeant : Mutation :

N° de licence (renouvellement ou reprise d'activité) : _____

Nom d'usage * : _____ Prénom * : _____

Nom de naissance ** : _____ Date de Naissance * : _____

Pays de naissance ** : _____ Ville de naissance / Code postal ** : _____

Sexe* : _____ Nationalité* : _____ Si né à l'étranger : Nom - Prénom du père : _____

Nom - Prénom de la mère : _____

Classement : _____ Points : _____
(si reprise d'activité, préciser le dernier classement connu, les points et l'année)

Adresse * : _____

Code Postal * : _____ Ville * : _____

Téléphone Fixe : _____ Téléphone Portable : _____

Courriel * : _____

Dirigeant : Encadrant : Arbitre / JA : Technicien : Contrôle d'Honorabilité : Si au moins une des 4 cases ci-dessus est cochée : Le licencié a été informé et a compris l'objet de ce contrôle **Vétéran :
né en 1984 et avantSénior :
du 01/01/85 au 31/12/05Junior :
du 01/01/06 au 31/12/09Cadet :
du 01/01/10 au 31/12/11Minime :
du 01/01/12 au 31/12/13Benjamin :
du 01/01/14 au 31/12/15Poussin :
né en 2016 et après

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 *)
- 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 24-9
- J'ai fourni pour la saison 2023-2024 ou pour la saison 2022-2023 un certificat médical. 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 de l'auto-questionnaire médical (formulaire 24-10-1)
- Je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical pour les mineurs seulement (n°24-10-2)
- Je ne joins pas de certificat médical ni d'attestation certifiant avoir répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical (pour majeur ou pour mineur) et je disposerai d'une licence ne me permettant pas la pratique sportive

*** Vous devez cocher obligatoirement une de ces quatre cases et une seule**

Assurances : (mention obligatoire *)

J'atteste avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance ainsi que de la possibilité de souscrire une garantie complémentaire (voir document 24-2-2)

*** Vous devez cocher obligatoirement la case de prise de connaissance du document 24-2-2, et compléter ce dernier.****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'accepte que mes coordonnées (adresses postales, mail, téléphones) soient utilisées par la FFTT à des fins associatives (Opt-in FFTT)
- J'accepte que mes coordonnées (adresses postales, mail, téléphones) soient utilisées par la FFTT à des fins commerciales (Opt-in Partenaires)
- Je refuse le contrôle d'honorabilité (si coché, je ne serai pas habilité à exercer des fonctions dirigeantes, d'encadrement ou d'arbitrage)
- Je refuse à la fédération la prise de vues et l'utilisation de celles-ci dans le cadre des publications fédérales, dans le respect de la personne

Fait à le Signature

* : Obligatoire pour tous les licenciés

** : Obligatoire pour tous les dirigeants et éducateurs, fortement conseillé pour les autres licenciés

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 qu'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 tes parents de t'aider.

Tu es une fille un garçon

Ton âge: _____

Réponds aux questions suivantes par oui ou par non.

Oui

Pendant les 12 derniers mois :

As-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?

As-tu été opéré(e) ?

As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?

As-tu beaucoup maigri ou grossi ?

As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?

As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?

As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?

As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?

As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?

As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?

As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?

As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?

Depuis un certain temps : (plus de 2 semaines)

As-tu très fatigué(e) ?

As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?

As-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?

As-tu triste ou inquiet ?

As-tu pleuré plus souvent ?

As-tu ressenti une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?

Aujourd'hui :

As-tu quelques fois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?

As-tu besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?

As-tu souhaité signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?

As-tu des questions à faire remplir par tes parents :

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 ?

As-tu inquiète pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?

As-tu manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?

(L'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.)

Les questions formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié et de son représentant légal.

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Il n'est pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du Tennis de Table.

Le certificat médical à fournir. Simplement attestez en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions de la demande de licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Le 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° 24-10-2

ATTESTATION

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

Signature :

PRENOM :

Adresse :

En ayant répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.

En utilisant 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.