



N° 25-2

# BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCE Saison 2025/2026

Association : SA MERIGNAC

Numéro : 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 1985 et avant

Sénior :   
du 01/01/86 au 31/12/06

Junior :   
du 01/01/07 au 31/12/10

Cadet :   
du 01/01/11 au 31/12/12

Minime :   
du 01/01/13 au 31/12/14

Benjamin :   
du 01/01/15 au 31/12/16

Poussin :   
né en 2017 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 :  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 25-9

J'ai fourni, si je suis vétéran, un certificat médical lors de mon précédent changement de catégorie sportive. J'ai pratiqué sans discontinuité et je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical ( formulaire 25-10-1 )

\* Vous devez cocher obligatoirement une de ces cinq cases et une seule

Je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical pour les majeurs seulement ( n°25-10-1 ) si je suis majeur de moins de 40 ans

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°25-10-2 )

Je ne joins pas de certificat médical ni d'attestation certifiant avoir répondu "non" à toutes les questions d'un auto-questionnaire médical et je disposerai d'une licence ne me permettant pas la pratique sportive

Assurances :  J'atteste avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance ainsi que de la possibilité de souscrire une garantie complémentaire ( voir document 25-2-2 )

\* Vous devez cocher obligatoirement la case de prise de connaissance du document 25-2-2, 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

**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 :