



Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___ Téléphone: _____ Portable: _____

Adresse e-mail : _____

Sexe : M F - Dernier Club pratiqué _____ Année _____

Personne à prévenir en cas **d'urgence** :

Nom/Prénom : _____ Téléphone : _____

COTISATION ULTIMATE avec Licence FFTT ► 100 €

COTISATION ULTIMATE sans Licence FFTT ► 100 €

(Vous êtes **licencié d'un autre club**, fournir la copie de la licence FFTT de la saison 2022-2023)

Entrainement libre

(Cocher la licence de votre choix)

Remise familiale :

10€ de remise sur la deuxième licence Nom du deuxième adhérent : _____

20€ de remise sur la troisième licence Nom du troisième adhérent : _____

Pièces à fournir obligatoirement pour obtention de la licence :

- Dossier complet (formulaire d'inscription et fiche d'autorisations)
- Certificat médical ou le coupon réponse du questionnaire de santé
- Règlement par chèque à l'ordre de « Association Sportive Pongiste de Vertou »

Tout dossier non complet ne pourra pas être enregistré, et bloquera toute pratique du tennis de table

Je **m'engage à prendre connaissance des conditions d'assurance FFTT, du règlement intérieur de l'ASP Vertou et je m'engage à les respecter.**

Décharge de responsabilités

Je soussigné(e) :

- **Décharge l'ASPV et la personne encadrante de toutes responsabilités en cas de vol ou de perte de matériel lors des déplacements, des entraînements, des stages et de toutes manifestations organisées par le club.**
- **Autorise l'encadrant et/ou tout responsable de l'ASPV à prendre toutes les décisions qui s'imposent au cas où je serai victime d'un accident.**
- **Autorise le club à publier des photos en équipe et/ou en individuel, dans le cadre des activités sportives, sur Internet et/ou sur tout support de communication du club.**

Je certifie par ailleurs que je suis titulaire d'une assurance responsabilité civile qui couvrent les dommages qui pourraient être causés.

Au cours de la saison, nous allons devoir vous solliciter afin de pouvoir nous accompagner dans l'organisation de compétition, de coaching, de la gestion des jeunes et du déplacement des équipes.

Dans le cas où j'utilise mon véhicule personnel pour un déplacement dans le cadre des activités du club, j'atteste que mon véhicule est :

- **Correctement assuré, y compris pour les personnes transportées.**
- **Conforme aux normes actuelles sur la sécurité des véhicules (ceintures, contrôle technique, etc...)**

Merci d'avance pour votre disponibilité.

Vertou, le

Nom & Signature

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.

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.		Oui	Non
Durant les 12 derniers mois :			
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 essoufflement 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"/>
A ce jour :			
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.

Certificat médical précédent : Date : ____/____/_____ Nom du médecin : _____
--

Date et signature du titulaire ou du représentant légal

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 :