



## DEMANDE DE LICENCE DÉCOUVERTE 2024 – 2025

**Cette licence ne peut être fournie que si vous n'avez jamais pris de licence auprès de la FFTT**

### MONTANT DE LA COTISATION

- Licence gratuite pour 1 mois
- Après le premier mois, l'ASLTT prend contact avec vous pour voir si vous transformez cette licence en licence classique
- 150€ la première licence, puis 125€ pour chaque licence supplémentaire au sein d'un même foyer.

### PRISE DE LICENCE

- Bordereau de Licence (imprimé n° 24-11) remplie et signée
- Auto-questionnaire (imprimé n° 24-10-3) fourni et signé
- Droit à l'image rempli et signé
- Règlement intérieur : à lire à la salle sur demande ou bien sur le site : <https://www.aslibournett.com/>

**Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ASLTT et m'engage à le respecter**

**Dossier déposé le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 202\_\_ par :**

*Date et Signature*

Cadre réservé à l'Association Sportive Libourne Tennis de Table  
Inscription prise par : \_\_\_\_\_, le     /     /

### INFORMATIONS

- Adresse du site : <https://www.aslibournett.com/>
- Calendrier : affiché à la salle et sur le site
- Statuts du club : envoyé par messagerie à la demande

Association : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom d'usage \* : \_\_\_\_\_ Prénom \* : \_\_\_\_\_

Nom de naissance \*\* : \_\_\_\_\_ Date de Naissance \* : \_\_\_\_\_

 ( si différent du nom d'usage )  
 Pays de naissance \*\* : \_\_\_\_\_ Ville de naissance / Code Postal \*\* : \_\_\_\_\_

Sexe\* : \_\_\_\_\_ Nationalité\* : \_\_\_\_\_ Si né à l'étranger : \_\_\_\_\_

Classement : Autre Points : 500 - Nom et prénom du père : \_\_\_\_\_

- Nom et prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Adresse \* : \_\_\_\_\_

Code Postal \* : \_\_\_\_\_ Ville \* : \_\_\_\_\_

Téléphone Fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone Portable : \_\_\_\_\_

Courriel \* : \_\_\_\_\_

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.

**Certification médicale :**  Je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu « non » à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical , de ( mention obligatoire \* ) l'imprimé N° 24-10-2 pour les mineurs , de l'imprimé spécifique à la licence découverte N° 24-10-3 pour les majeurs .

 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

**\* Vous devez obligatoirement cocher une de ces deux cases et une seule**
**Assurances :**  J'atteste avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance. ( mention obligatoire \* ) MAIF garantit l'ensemble des licenciés de la Fédération Française de Tennis de Table Le soussigné déclare avoir pris connaissance de l'extrait des conditions générales proposées par la FFTT sur son site WEB, à l'adresse www.fft.com, rubrique « Jouer ». Les garanties Responsabilité Civile et Individuel Accident de base du contrat fédéral MAIF 4314143R sont étendues aux détenteurs de la licence Découverte.

**\* Vous devez obligatoirement cocher cette case**
**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 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 tous les dirigeants et éducateurs, fortement conseillé pour les autres licenciés

## Questionnaire de Santé pour Majeur

### Licence Découverte

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si vous êtes majeur et souhaitez souscrire à une licence Découverte auprès de la FFTT.

<b>Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.</b>		Oui	Non
<b>Durant les 12 derniers mois :</b>			
1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ?	<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"/>
<b>A ce jour :</b>			
7	Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite a 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 fournir au club effectuant votre demande de licence découverte)

Je soussigné :

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

N° de licence : \_\_\_\_\_ (si existant et connu)      Date de naissance : \_\_\_\_\_

atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé nécessaire à ma prise de licence Découverte (uniquement)

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.

Date et signature du titulaire ou du représentant légal



## AUTORISATION DIFFUSION D'IMAGES

Dans le cadre de la diffusion d'informations sur notre club de tennis de table, l'association est susceptible de demander la publication d'articles dans des journaux, ou d'illustrer son site internet voire son compte Facebook, avec des photos d'adhérents dans l'exercice de leur sport (ou dans des moments d'attente) ou à l'occasion de réunions conviviales organisées dans le cadre de l'animation interne.

Pour cela, nous avons besoin de votre consentement et vous remercions de bien vouloir cocher les cases ci-dessous correspondant à vos choix.

Je soussigné(e) : (NOM)..... (PRENOM).....

### Accepte que des photographies soient utilisées dans le journal :

Photographies de vous                      OUI                       NON                       (cocher la case correspondant à votre choix)

Photographies de votre enfant (\*)                      OUI                       NON                       (cocher la case correspondant à votre choix)

### Accepte que des photographies soient utilisées sur le site internet du club ou son compte Facebook :

Photographies de vous                      OUI                       NON                       (cocher la case correspondant à votre choix)

Photographies de votre enfant (\*)                      OUI                       NON                       (cocher la case correspondant à votre choix)

(\*) Préciser les nom et prénom de votre enfant : .....

Fait à : .....                      Le : .....

Signature :

ASSOCIATION SPORTIVE DE LIBOURNE TENNIS DE TABLE

<http://www.aslibournett.com/>                      [aslibournett@gmail.com](mailto:aslibournett@gmail.com)

Siège : Mairie de Libourne, 42 place Abel Surchamp 33500 Libourne