



## Inscription ADULTE : saison 2022-2023



remplir au stylo noir et EN LETTRES CAPITALES svp

### Identité

|                                                        |                                                         |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Statut de la licence (barrer la proposition inutile) : | Première licence FFTT - Renouvellement de licence FFTT  |
| Type de licence (barrer les propositions inutiles) :   | PROMO (Loisir) - TRAD (Compétitions) - EXT (Autre club) |
| N° de licence (si déjà licencié) :                     |                                                         |
| Genre (M, F, autre) :                                  |                                                         |
| Nom d'usage :                                          |                                                         |
| Nom de naissance :                                     |                                                         |
| Prénom :                                               |                                                         |
| Date de naissance :                                    |                                                         |
| Code postal de naissance :                             |                                                         |
| Ville de naissance :                                   |                                                         |

### Coordonnées

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Adresse :                 |  |
| Complément d'adresse :    |  |
| Code Postal + Ville :     |  |
| Téléphone Domicile :      |  |
| Téléphone Mobile :        |  |
| M@il :                    |  |
| Nationalité :             |  |
| Profession (facultatif) : |  |

Je soussigné :

- autorise les entraîneurs et les dirigeants de l'ASUL Lyon 8 TT à prendre toute décision nécessaire me concernant, en cas d'urgence médicale ou d'accident dans le cadre des activités organisées par le club,

- accepte l'utilisation de mon image, dans la presse, les parutions, les supports de communication et sur le site Internet de l'ASUL LYON 8 TT,

- atteste avoir pris connaissance du contrat d'assurance inclus avec la licence FFTT et des possibilités de garanties complémentaires sur "blob:https://monclub.fft.com/a0696e72-d3ed-4722-9fba-11809f72d680"

à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature :

### Tarifs (cocher)

| Cotisation (cocher votre formule)                  | Option Critérium Fédéral (*) |      |
|----------------------------------------------------|------------------------------|------|
|                                                    | Première inscription         | 37 € |
| Compétiteur (1 à 2 entraînement par semaine)       | 220 €                        |      |
| Loisirs : 1 entraînement spécifique + libre        | 150 €                        |      |
| Joueurs externes : accès aux entraînements + libre | 150 €                        |      |
| Jeu libre uniquement (licenciés et externes)       | 100 €                        |      |

(\*) : Critérium Fédéral : compétition individuelle pour les joueurs confirmés (4 jours par saison)

### Réductions (cocher)

|                                                               |       |  |
|---------------------------------------------------------------|-------|--|
| Réduction Etudiant (présenter un justificatif) :              | -10 € |  |
| Réduction Chômeur (présenter un justificatif) :               | -10 € |  |
| Réduction famille (à partir du 2è membre, parent ou enfant) : | -10 € |  |

Total à régler :  €

### Paieement (à remplir svp)

|                                          |           |   |
|------------------------------------------|-----------|---|
| Espèces :                                | Montant : | € |
| Chèque 1 n° :                            | Banque :  |   |
| Nom de l'émetteur :                      | Montant : | € |
| Chèque 2 n° :                            | Banque :  |   |
| Nom de l'émetteur :                      | Montant : | € |
| Chèque 3 n° :                            | Banque :  |   |
| Nom de l'émetteur :                      | Montant : | € |
| Pass' Région (carte n° _____) Code PIN : | Montant : | € |
| Ch. vacances papier : n°                 | Total :   | € |
| Ch. vacances connect : identifiant :     | Total :   | € |
| Pass Sport 2022                          | Total :   | € |

L'inscription pour la saison 2022-2023 est subordonnée au complet paiement des sommes (même faibles) qui resteraient dues pour la saison 2021-2022.

### Opération Mécénat : votre cotisation offerte pour tout don supérieur à 4 fois celle-ci :

Exemple 1 : un compétiteur sénior donne 900€, il a une réduction d'impôt de 594€. Sa cotisation est offerte (220€), l'opération ne lui aura coûté que 86€.

Exemple 2 : un loisir sénior donne 600€, il a une réduction d'impôt de 396€. Sa cotisation est offerte (150€), l'opération ne lui aura coûté que 54€

Pour toute question : s.ferriere@asul8tt.com

Je fais un don de :

€

**Si vous pouvez justifier d'un certificat médical établi il y a moins de 3 saisons  
attestation à remplir par vos soins (en bas de page)**

**Attention : les certificats médicaux établis pour 2019-2020 et avant ne sont plus prolongeables !**



N° 22-10-1

## 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.  
Durant les 12 derniers mois :**

Oui Non

|                    |                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                  | Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                                                                                                                              | <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 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.**



N° 22-10-1

## 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

A remplir par votre médecin **si vous n'êtes pas éligible au questionnaire de santé**



N° 22-9

SAISON 22-23

## 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 :