



# PERIGNY PING

## BULLETIN D'INSCRIPTION SAISON 2019 – 2020

Renseignements : GOMES Jonathan / 06 64 35 73 05 / [correspondantperignyping@gmail.com](mailto:correspondantperignyping@gmail.com)

**L'inscription implique d'avoir pris connaissance des statuts, du règlement intérieur et des conditions d'assurances et leur acceptation en totalité.**

**Aucune inscription ne sera prise sans bulletin d'inscription signé, bordereau d'inscription signé, certificat médical ou questionnaire de santé et règlement.**

Merci de bien vouloir nous retourner les documents suivants à un membre du bureau :

1. **Le bulletin d'inscription dûment rempli et signé**
2. **Le bordereau de licence signé avec le certificat médical ou le questionnaire de santé si votre certificat médical date de moins de 3 ans**
3. **Votre règlement par chèque bancaire ou virement bancaire**  
PERIGNY PING / IBAN FR76 1170 6440 0443 0604 0000 994 / BIC AGRIFRPP817  
(Si règlement en plusieurs chèques merci de bien indiquer au verso la date d'encaissement voulue des chèques ainsi que le nom du joueur si celui-ci est différent du titulaire du chèque)

	CATEGORIE AGE	LICENCE LOISIR (uniquement créneau loisir du mercredi après l'entraînement et celui du vendredi)	LICENCE ENTRAINEMENT + COMPETITON (entraînement dirigé du mercredi + créneau libre du vendredi)	TOTAL
COTISATIONS	ADULTE (16 ANS ET +)	95€	130€	
	ENFANT ( - DE 16 ANS )	80€	105€	
<b>CRITERIUM FEDERAL</b> (compétition individuelle en 4 tours non obligatoire) Poussins-Benjamins +22,5€ / Minimes-Cadets +27,5€ / Juniors +29,5€ / Seniors-Vétérans +43€				
<b>MAILLOT DU CLUB : OBLIGATOIRE</b> pour faire de la compétition si je ne le possède pas déjà : 25€				
<b>TOTAL A REGLER</b>				

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Prénom :** \_\_\_\_\_

Je joue en Compétition

OUI

NON

Je participe au Critérium Fédéral

OUI

NON

**Signature** (pour les mineurs, signature des parents)

Lu et approuvé \_\_\_\_\_

**Pour les mineurs : AUTORISATION PARENTALE** (rayer les mentions inutiles)

Je soussigné \_\_\_\_\_ (père-mère-tuteur) autorise mon enfant :

- A être transporté dans le cadre des activités de l'association par un parent ou membre de l'association
- A se rendre seul et repartir seul lors des entraînements et des compétitions
- Autorise l'association à agir au mieux pour mon enfant en cas d'accident nécessitant une hospitalisation d'urgence
- Autorise la prise de photographie/vidéos et leur utilisation dans le cadre de l'activité de l'association

**Signature** (pour les mineurs, signature des parents)

Lu et approuvé \_\_\_\_\_



# BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCE

## Saison 2019/2020

Association  N°

Date  Réservé Ligue ou Comité  
Date de Validation

Première demande  Renouvellement  Reprise d'activité  Transfert

Traditionnelle  Promotionnelle  Confirmation internet  Mutation

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

Nom \*  Prénom \*

Date Naissance \*  Sexe \*  Nationalité \*

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

Adresse \*

Code Postal  Ville

Téléphone  Téléphone portable

Courriel \*  \* : obligatoire

Dirigeant  Arbitre/JA  /  Technicien

Vétéran  Né en 1979 et avant  
Senior  Du 01/01/80 au 31/12/01  
Junior  Du 01/01/02 au 31/12/04

Cadet  Du 01/01/05 au 31/12/06  
Minime  Du 01/01/07 au 31/12/08  
Benjamin  Du 01/01/09 au 31/12/10  
Poussin  Né en 2011 et après

Sauf opposition de votre part, les informations ci-dessus font l'objet d'un fichier informatique susceptible d'être communiqué par la FFFT à des fins commerciales ou associatives. Cette opposition doit être adressée soit au service informatique de la FFFT (informatique@fft.fr), soit à l'organisme gestionnaire; elle peut également être notifiée en se rendant sur l'espace licencié (<http://www.fft.com/espacelicencie>).

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 FFFT. 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 FFFT ou agréés par celle-ci.

Ces résultats feront apparaître vos nom, prénom, catégorie d'âge et club.

- Certification médicale :** (mention obligatoire \*)  J'ai fourni la saison dernière 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 du questionnaire médical (19-10).
- 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 19-9
- Je ne joins pas de certificat médical et je disposerai d'une licence ne me permettant pas la pratique sportive

\* Vous devez cocher obligatoirement une des 3 cases et une seule.

### Protection des données

En vertu du droit à l'oubli, vous avez le droit de demander à la FFFT 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 FFFT jusqu'à la fin de la saison suivante ; elles seront ensuite inaccessibles.

### Signature du titulaire ou du représentant légal pour les mineurs

- J'ai pris connaissance des conditions d'assurances (voir document 19-2-2)
- J'accepte que mes coordonnées (adresses postales, mail, téléphones) soient utilisées par la FFFT à des fins commerciales ou associatives.

# 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 :

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si vous avez un certificat médical datant de moins de 3 ans, et si vous avez été licencié en continu depuis cette date, avec la mention "certificat médical présenté"

<b>Répondez aux questions suivantes par oui ou par non. Durant les 12 derniers mois :</b>		<b>Oui</b>	<b>Non</b>
<b>1</b>	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	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"/>
<b>6</b>	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>			
<b>7</b>	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.), survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	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 attestez 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 : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° de licence : \_\_\_\_\_

Déclare avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à ce jour 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