



Inscription : saison 2018-2019

remplir au stylo noir et en lettres capitales svp



Identité

Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	
Sexe (M ou F):	

Coordonnées

Adresse :	
Complément d'adresse :	
Code Postal + Ville :	
Téléphone Domicile :	
Téléphone Mobile :	
M@il :	
Nationalité :	
Professions : (celles des parents pour les mineurs)	

Je soussigné :

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

- accepte l'utilisation de mon image / l'image de mon enfant, 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 " www.fftt.com/site/fftt/documentations/reglements-pv-textes-officiels "

à _____, le _____ / _____ / 20_____

Signature (responsable légal pour les mineurs) :

Tarifs (cocher)

Compétiteur +20 ans	175 €	<input type="checkbox"/>
Compétiteur -20 ans	140 €	<input type="checkbox"/>
Non Compétiteur	85 €	<input type="checkbox"/>

Entraînement collectifs dirigés (séance handisport et/ou séances valides)	110 €	<input type="checkbox"/>
---	-------	--------------------------

Critérium Fédéral FFH	25 €	<input type="checkbox"/>
Critérium Fédéral FFTT Cadets, Juniors, Séniors, Vétérans (nés en 2005 et avant) (*)	36 €	<input type="checkbox"/>
Critérium Fédéral FFTT Poussins, Benjamins, Minimes (né en 2006 et après) (*)	22 €	<input type="checkbox"/>

(*) : Critérium Fédéral : compétition individuelle pour les joueurs confirmés (sur 4 tours en FFTT / 3 tours en FFH)

Réductions (cocher)

Inscription avant le 15 août 2018 :	-10 €	<input type="checkbox"/>
Pass' Région (carte n° _____) :	-30 €	<input type="checkbox"/>
Etudiant (sauf si Pass' Région - présenter un justificatif) :	-10 €	<input type="checkbox"/>
Réduction chômeur (présenter un justificatif) :	-10 €	<input type="checkbox"/>
Réduction famille (à partir du 2è enfant ou parent) :	-10 €	<input type="checkbox"/>

Total à régler : €

Paiement (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 :	€
Ch. vacances : n°	Total :	€
Coupons sport : n°	Total :	€

L'inscription pour la saison 2018-2019 est subordonnée au complet paiement des sommes (même faibles) qui resteraient dues pour la saison 2017-2018.

Attestation à remplir **par vos soins** (en bas de page) **si vous pouvez fournir un certificat médical pour la pratique du tennis de table en compétition établi il y a moins de 3 ans.**

A remplir **par votre médecin** **si vous ne pouvez pas fournir un certificat médical pour la pratique du tennis de table en compétition établi il y a moins de 3 ans.**



N° 18-10
SAISON 18-19

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si vous avez un certificat médical datant de moins de 3 ans (postérieur au 30 juin 2016), et si vous avez été licencié en continu depuis cette date, avec la mention "certificat médical présenté"

Durant les 12 derniers mois :

- | | |
|---|--|
| 1 | Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? |
| 2 | Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ? |
| 3 | Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? |
| 4 | Avez-vous eu une perte de connaissance ? |
| 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 ? |
| 6 | Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? |

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.), survenu durant les 12 derniers mois ? |
| 8 | Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? |
| 9 | Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? |

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 : _____ 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 FFFT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFFT ne pourra être recherchée.

Certificat médical précédent :

Date : ____/____/____

Nom du médecin : _____

Date et signature du titulaire ou du représentant légal



N° 18-9
SAISON 18-19

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 :