



Inscription : saison 2020-2021



remplir au stylo noir et en lettres capitales svp



Tarifs cotisation de base (cocher)

Compétiteur +20 ans	175 €	
Compétiteur -20 ans	140 €	
Non Compétiteur	85 €	

Option (cocher si souhaitée)

Entraînement collectifs dirigés (séance handisport et/ou séances valides)	110 €	
---	-------	--

Pour les entraînements individuels, contacter Mickaël ROCHE : rochemickael.ae@gmail.com

Compétitions (cocher si souhaitée)

Critérium Fédéral FFH	25 €	
Critérium Fédéral FFTT Cadets, Juniors, Séniors, Vétérans (nés en 2006 et avant) (*)	36 €	
Critérium Fédéral FFTT Poussins, Benjamins, Minimes (né en 2007 et après) (*)	22 €	

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

Réductions (cocher)

Réduction COVID 2019-2020 :	-20€	
Réduction Etudiant (présenter un justificatif) :	-10 €	
Réduction chômeur (présenter un justificatif) :	-10 €	
Réduction famille (à partir du 2 ^e membre, parent ou enfant) :	-10 €	

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 :	€
Pass' Région (carte n° _____) :	Montant :	€
Ch. vacances : n°	Total :	€
Coupons sport : n°	Total :	€

L'inscription pour la saison 2020-2021 est subordonnée au complet paiement des sommes (même faibles) qui resteraient dues pour la saison 2019-2020.

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 des contrats d'assurance inclus avec les licences FFTT et FFH ainsi que des possibilités de garanties complémentaires sur " http://www.fftt.com/monclub/spid_pratique.php?menu=2 " et sur " <http://www.handisport.org/affilier-son-club/> "

à _____, le _____ / _____ / 20____

Signature (responsable légal pour les mineurs) :

--

Total à régler : €

Les 2 certificats médicaux ci-dessous doivent être remplis par un médecin :



Certificat médical **handisport**

Je soussigné(e), Docteur _____

CERTIFIE AVOIR EXAMINE CE JOUR

Nom et Prénom : _____

Date de naissance : __ / __ / __ Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Et n'avoir constaté AUCUNE CONTRE-INDICATION à la pratique sportive du Tennis de Table Handisport

☐ de compétition

☐ de loisir

Remarques restrictives éventuelles : _____

Remarques :

→ Le code du sport impose la présentation préalable d'un certificat médical datant de moins d'un an et attestant l'absence de non contre-indication avant la délivrance d'une licence sportive

- Systématiquement pour toute première demande de licence (article L231-2 du code du sport)
- Annuellement pour tout compétiteur (certificat datant de moins d'un an) (article L231-3 du code du sport)
- Conformément à l'article L231-2 du code du sport, la FFH exige pour tout renouvellement de licence, pour un pratiquant, un certificat médical.

→ Ne pas oublier de dater et signer le certificat.

Date de l'examen médical : __ / __ / __ Cachet professionnel:

Signature du médecin :

Certificat médical handisport



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 :