



Inscription : saison 2017-2018

-- 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)	

Engagements sportifs (entourer vos choix)

Mode de pratique :	compétiteur - non compétiteur - loisir
--------------------	--

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	/	/
---	------	---	---

Signature (resp. légal pour les mineurs)

Tarifs

Cotisation

Compétiteur avec entraînements collectifs dirigés	255 €
Compétiteur sans entraînement collectif dirigé	165 €
Non Compétiteur avec entraînements collectifs dirigés	245 €
Non Compétiteur sans entraînement collectif dirigé	85 €

Règlement

Montant cotisation : €

Réduction famille (à partir du 2^e enfant/parent) : -10 €

Total à régler : €

Païement :

Espèces :	€
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 : €
Chèques vacances :	€ (n°)
Coupons sport :	€ (n°)

L'inscription pour la saison 2017-2018 est subordonnée au complet paiement des sommes (même faibles) qui resteraient dues pour la saison 2016-2017.

--

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 :



ADAPT'GONES

FEDERATION FRANCAISE DU SPORT ADAPTE - SAISON SPORTIVE 2017/2018 CERTIFICAT MEDICAL ANNUEL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES(En SPORT ADAPTE) – Durée de validité : 1 an (Obligatoire pour la délivrance d'une licence sportive)



Pour les personnes qui partent en vacances d'été avec le Sport Adapté et afin que le certificat médical soit valable jusqu'à fin août 2018, faire le compléter par le médecin à partir du 1^{er} septembre 2017

N.B. : Ce document ne doit pas être envoyé à la FFSA, mais conservé par le club, la participation aux compétitions sportives est subordonnée à la présentation de la licence sportive portant attestation de la délivrance d'un certificat médical mentionnant l'absence de contre-indication à la pratique sportive en compétition. (articles L.231-2 – L. 231-3 du Code du Sport)

N° de licence : N° Affiliation du Club (compléter après délivrance)

Je soussigné(e), Docteur

Certifie, après avoir examiné Mme, Mlle, M.....

Né(e) le

Qu'aucun signe d'affection cliniquement décelable, ce jour, ne contre indique la pratique :

A. des activités physiques et sportives adaptées (secteur non compétitif)*

Avec participation possible à des manifestations d'activités motrices, de sport loisir et de sport pour tous*

B. des compétitions sportives adaptées*

[* rayer la mention inutile]

Dans les disciplines suivantes : (rayer **uniquement** les disciplines contre-indiquées en sport adapté)

SPORTS INDIVIDUELS	SPORTS D'EQUIPE	SPORTS D'OPPOSITION ACTIVITES DUELLES	ACTIVITES ET SPORTS DE NATURE
Athlétisme et Cross Aviron - Cyclisme / VTT	Basket-Ball Football	Badminton Boxe Anglaise – Boxe Française Escrime Judo – Karaté - Taekwondo Lutte Pelote Basque Tennis	Canoë-Kayak Equitation
Frisbee - Golf - Gymnastique Activités Physiques d'Expression Natation – Pétanque Sports boules - Sports de quilles Patinage sur glace – Roller skating Tir à l'Arc Autres :	Handball Hockey/Gazon Rugby Volley-Ball	Tennis de Table	Escalade Randonnée Pédestre Raquettes Neige Spéléologie - Ski ski Nautique
.....			

Restrictions ou remarques éventuelles :

Maladies ou malformations : (Cocher si oui)

- | | |
|---|--|
| - Déficit sensoriel ☐ Type : | - Déficit locomoteur ☐ Type : |
| - Cardio-vasculaire ☐ Type : | - Gynécologique ☐ Type : |
| - Respiratoire ☐ Type : | - Psychiatrique ☐ Type : |
| - Neurologique ☐ Type : | - Antécédents chirurgicaux ☐ Type : |
| - Trouble du caractère ou du comportement ☐ Type : | |
| - Altitude déconseillée ☐ A partir de : | |
| - Autorisation séjour en eau thermique ☐ | - Activités en eau thermique autorisées ☐ |
| - Traitement médical lors du séjour ☐ | (si oui joindre l'ordonnance au(x) semainier(s) préparé(s) par la famille ou tuteur lors du départ en séjour). |

Allergies (Précisez)

- | | |
|--|---|
| ☐ Asthme : | ☐ Médicamenteuse : |
| ☐ Alimentaire : | ☐ Autres : |

Remarque :

Fait à le Signature et cachet du médecin



ADAPT'GONES

SAISON SPORTIVE 2017/2018

AUTORISATION PARENTALE OU TUTORALE

(Pour les mineurs et adultes placés sous tutelle)

N.B. Ces documents restent au siège de l'association

Je soussigné, Mme, Melle, Mr

☐ Père

☐ mère

☐ tuteur/tutrice

Autorise :

Nom : Prénom :

Né(e) le : à

Numéro licence :

1- à prendre une licence sportive auprès de la Fédération Française du Sport Adapté, par l'intermédiaire de l'association sportive :

No affiliation association :/.....

Raison sociale :

.....

2- à participer aux activités physiques et sportives, y compris les rencontres et compétitions, organisées dans le cadre de la dite Fédération ainsi qu'aux déplacements.

3 - les responsables de l'association sportive ou, si nécessaire, la Fédération Française du Sport Adapté, à prendre toute décision d'ordre médical et chirurgical, en cas d'accident sérieux nécessitant une intervention urgente.

4 -Autorise l'exploitation du droit à l'image du licencié
(Rayer la mention inutile)

☐ oui

☐ non

Fait à..... le.....

Signature