



DEMANDE DE LICENCE 2025 – 2026

MONTANT DE LA COTISATION

- Gratuite pendant 1 mois, puis 150€ la première licence, puis 125€ pour chaque licence supplémentaire au sein d'un même foyer.

PRISE DE LICENCE

- Bordereaux de Licence (imprimé n° 25-11) rempli et signé
- Auto-questionnaire (imprimé n° 25-10-2) fourni et signé.
- Imprimé de droit à l'image rempli et signé
- Règlement intérieur : à lire à la salle sur demande ou bien sur le site : <https://www.aslibournett.com/>

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ASLTT et m'engage à le respecter

Dossier déposé le ____ / ____ / 202_

Date et Signature

Cadre réservé à l'Association Sportive Libourne Tennis de Table
Inscription prise par : _____, le / /

Licence Découverte

INFORMATIONS

- Adresse du site : <https://www.aslibournett.com/>
- Calendrier : affiché à la salle et sur le site
- Statuts du club : envoyé par messagerie à la demande



N° 25-11

BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCE DECOUVERTE

Association : _____ Numéro : _____

Date : _____

Nom d'usage * : _____ Prénom * : _____

Nom de naissance ** : _____ Date de Naissance * : _____

(si différent du nom d'usage)
Pays de naissance ** : _____ Ville de naissance / Code Postal ** : _____

Sexe* : _____ Nationalité* : _____ Si né à l'étranger : _____

Classement : Autre Points : 500 - Nom et prénom du père : _____

- Nom et prénom de la mère : _____

Adresse * : _____

Code Postal * : _____ Ville * : _____

Téléphone Fixe : _____ Téléphone Portable : _____

Courriel * : _____

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 FFTT.

Certification médicale : Je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu « non » à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical , de (mention obligatoire *) l'imprimé N° 25-10-2 pour les mineurs , de l'imprimé spécifique à la licence découverte N° 25-10-3 pour les majeurs .

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 25-9

*** Vous devez obligatoirement cocher une de ces deux cases et une seule**

Assurances : J'atteste avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance. (mention obligatoire *) MAIF garantit l'ensemble des licenciés de la Fédération Française de Tennis de Table Le soussigné déclare avoir pris connaissance de l'extrait des conditions générales proposées par la FFTT sur son site WEB, à l'adresse www.fftt.com, rubrique « Jouer ». Les garanties Responsabilité Civile et Individuel Accident de base du contrat fédéral MAIF 4314143R sont étendues aux détenteurs de la licence Découverte.

*** Vous devez obligatoirement cocher cette case**

Protection des données

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

Signature du titulaire ou du représentant légal (pour les mineurs)

J'accepte que mes coordonnées (adresses postales, mail, téléphones) soient utilisées par la FFTT à des fins associatives (Opt-in FFTT)

J'accepte que mes coordonnées (adresses postales, mail, téléphones) soient utilisées par la FFTT à des fins commerciales (Opt-in Partenaires)

Je refuse à la fédération la prise de vues et l'utilisation de celles-ci dans le cadre des publications fédérales, dans le respect de la personne

Fait à le

Signature :

* : Obligatoire pour tous les licenciés

** : Obligatoire tous les dirigeants et éducateurs, fortement conseillé pour les autres licenciés

Questionnaire de Santé pour Mineur

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si êtes mineur au moment de la prise de la licence

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille un garçon

Ton âge: ans

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.

		Oui	Non
Durant les 12 derniers mois :			
1	Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps : (plus de 2 semaines)			
13	Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui :			
19	Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents :			
22	Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? <small>(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié et de son représentant légal.

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 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 : _____

PRENOM : _____

N° de licence : _____

déclare 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.

Date et signature du joueur mineur

Date et signature du représentant légal obligatoire



AUTORISATION DIFFUSION D'IMAGES

Dans le cadre de la diffusion d'informations sur notre club de tennis de table, l'association est susceptible de demander la publication d'articles dans des journaux, ou d'illustrer son site internet, voire son compte Facebook, avec des photos d'adhérents dans l'exercice de leur sport (ou dans des moments d'attente) ou à l'occasion de réunions conviviales organisées dans le cadre de l'animation interne.

Pour cela, nous avons besoin de votre consentement et vous remercions de bien vouloir cocher les cases ci-dessous correspondant à vos choix.

Je soussigné(e) : (NOM)..... (PRENOM).....

Accepte que des photographies soient utilisées dans le journal :

Photographies de vous OUI NON (cocher la case correspondant à votre choix)

Photographies de votre enfant (*) OUI NON (cocher la case correspondant à votre choix)

Accepte que des photographies soient utilisées sur le site internet du club ou son compte Facebook :

Photographies de vous OUI NON (cocher la case correspondant à votre choix)

Photographies de votre enfant (*) OUI NON (cocher la case correspondant à votre choix)

(*) Préciser les nom et prénom de votre enfant :

Fait à : Le :

Signature :

ASSOCIATION SPORTIVE DE LIBOURNE TENNIS DE TABLE

<https://www.aslibournett.com/> aslibournett@gmail.com

Siège : Mairie de Libourne, 42 place Abel Surchamp 33500 Libourne