



DEMANDE DE LICENCE 2026 – 2027

DECOUVERTE (+18 ans)

Gratuite et sans engagement pendant 30 jours puis :

MONTANT DE LA COTISATION

- 160€ la première licence, puis 130€ pour chaque licence supplémentaire au sein d'un même foyer.

PRISE DE LICENCE

- Bordereaux de Licence (imprimé n° 26-2) et d'assurance (imprimé n° 26-2-2) remplis et signés
- Auto-questionnaire (imprimé n° 26-10-2 ou 26-10-3) ou Certificat Médical (imprimé n° 26-9) fourni et signé

*En cas de demande de licence loisir à l'issue de la période de 30 jours, il faudra réaliser un **Parcours Prévention Santé (PPS)** sur le site de la FFTT (parlez-en le moment venu avec les bénévoles du club).*

- **Parcours Prévention Santé** à valider sur <https://malicence.fft.com> si pérennisation licence.
- 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'ASLT et m'engage à le respecter.**

Dossier déposé le ____ / ____ / 202__ par :

Date et Signature

Cadre réservé à l'Association Sportive Libourne Tennis de Table

Inscription prise par : _____, le ____ / ____ / ____

Licence Compétition ☐

Licence loisir ☐

Montant : _____ €
Attestation de paiement Demandée ☐
Attestation de don Demandée ☐

Paiement échelonné suivant calendrier	
Montant	A déposer le

Mode de Paiement
☐ Chèque
☐ Espèces
☐ Virement
☐ Pass-Sport

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

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 l'imprimé N° 26-10-2 pour les mineurs , de l'imprimé spécifique à la licence découverte N° 26-10-3 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 26-9

*** 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 Majeur

Licence Découverte

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si vous êtes majeur et souhaitez souscrire à une licence Découverte auprès de la FFTT.

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non. Durant les 12 derniers mois :		Oui	Non
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.), survenue 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 attester 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.



N°26-10-3

ATTESTATION

(Coupon à découper et à fournir au club effectuant votre demande de licence découverte)

Je soussigné :

NOM : _____

PRENOM : _____

N° de licence : _____ (si existant et connu) Date de naissance : _____

atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé nécessaire à ma prise de licence Découverte (uniquement)

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 titulaire ou du représentant légal

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 :



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