



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

- Bordereau de Licence (imprimé n° 26-11)
- Auto-questionnaire (imprimé n° 26-10-2) ou Certificat Médical (imprimé n° 26-9) 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'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 ☐	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th colspan="2" style="text-align: center;">Paiement échelonné suivant calendrier</th></tr><tr><th style="width: 50%;">Montant</th><th style="width: 50%;">A déposer le</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Paiement échelonné suivant calendrier		Montant	A déposer le							<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="text-align: center;">Mode de Paiement</th></tr></thead><tbody><tr><td>☐ Chèque</td></tr><tr><td>☐ Espèces</td></tr><tr><td>☐ Virement</td></tr><tr><td>☐ Pass-Sport</td></tr></tbody></table>	Mode de Paiement	☐ Chèque	☐ Espèces	☐ Virement	☐ Pass-Sport
Paiement échelonné suivant calendrier																	
Montant	A déposer le																
Mode de Paiement																	
☐ Chèque																	
☐ Espèces																	
☐ Virement																	
☐ Pass-Sport																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="text-align: center;">Montant : _____ €</td></tr><tr><td style="text-align: center;">Attestation de paiement Demandée ☐</td></tr><tr><td style="text-align: center;">Attestation de don Demandée ☐</td></tr></table>	Montant : _____ €	Attestation de paiement Demandée ☐	Attestation de don Demandée ☐														
Montant : _____ €																	
Attestation de paiement Demandée ☐																	
Attestation de don Demandée ☐																	

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

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.



N° 26-10-2

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

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 :