



Inscriptions 2023/2024 (joueur majeur)

JOUEUR

NOM : _____ PRENOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

TEL JOUEUR : _____

MAIL : _____ FRATRIE

CATEGORIE :

Poussins (2015 et après) Benjamin (2013/2014) Minimes (2011/2012)

Cadets (2009/2010) Juniors (2005/2006/2007/2008) Séniors (entre 1984/2004)

Vétérans (1983 et avant)

Certificat Médical mentionnant « Pratique du Tennis de Table en Compétition » ou QS si conditions requises (cf Rgt Intérieur)

Cotisation

Loisirs 100,00 €

Ou

Compétition en équipe 150,00 €

+ Compétition en individuelle

Séniors/Vétérans/ Juniors 40,00 €

Cadets/ Minimes/ Benjamins/ Poussins 30,00 €

Chemisette du Club (obligatoire en compétition) Taille : _____ 25,00 €

Montant total : _____ €

Règlement :

Chèque : 1x 2x 3x

Chèques 01 (collégiens/ Max 25 €) : N° Pass'régiion (Lycéens/ Max 30 €) :

CV ou CS ANCV

Remise Pass'Sport (-50 € avec copie du courrier) Fratrie (remise 20 € à partir du 2^{ème} mineur)

Justificatif CE

Droit à l'image et acceptation du règlement intérieur

Je soussigné (NOM, Prénom) _____, responsable légal de l'enfant (NOM, Prénom) _____

1) autorise le club Corcy Tennis de Table à se servir des images fixes, vidéos, sur groupe privé ou public (WhatsApp, Skype, YouTube, etc ...) prises lors des évènements et entraînements et à des fins commerciales, publicitaires et/ou promotionnelles non rémunérées.

2) Déclare avoir lu et accepter le règlement intérieur

Fait le à

Signature :



ATTESTATION

(Coupon à découper et à joindre avec la demande de licence)

Je soussigné :

NOM : _____ PRENOM : _____

N° de licence : _____

déclare avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à ce jour (le certificat médical devra avoir été prolongé au maximum 2 fois par un questionnaire de santé et dans la continuité) et atteste 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 FFFT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFFT ne pourra être recherchée.

Certificat médical précédent : _____

Date : ____/____/____

Nom du médecin : _____

Date et signature du titulaire ou du représentant légal
