



**Vous accueille pour la saison
2019 - 2020**

Pour nous contacter :

Franck SERVEL 06 64 22 31 40

Site internet : www.lagarde-tennisdetable.fr

mails: franck.servel@club-internet.fr
lagardetennisdetable@gmail.com

Gymnase Bernard CHABOT
Rue Henri BARBUSSE
83130 LA GARDE

« INFOS pratiques »

Conditions d'accueil (pièces à fournir) :

- ✚ Formulaire d'inscription (à détacher, ci-joint).
- ✚ Une photo d'identité **obligatoire uniquement pour les nouveaux licenciés.**
- ✚ **Un certificat médical ou un questionnaire de santé (voir détails en page 5).**
- ✚ La cotisation* (jusqu'à six chèques acceptés à l'ordre de « La Garde tennis de table »)
- ✚ Un chèque de caution supplémentaire de 40 Euros pour les licences Compétiteurs/Traditionnels (pour le paiement éventuel de sanctions financières causées par des absences non prévues ou prévues hors délai ou par des cartons jaunes ou rouges).

Attention, seuls les dossiers COMPLETS donneront accès à la licence

Tarifs saisons 2019-2020 :

* La cotisation inclut : l'adhésion, la licence assurance, l'accès aux séances dirigées et certaines compétitions.

Loisirs/Promo (Adultes, Jeunes de – 18ans)	170 €
Compétiteurs/Traditionnels (Adultes, Jeunes -18 ans)	200 €
Critérium individuel jeunes (Poussin/Benjamin -11 ans)	22 €
Critérium individuel jeunes (Cadet/Minime/Junior -18 ans)	30 €
Critérium individuel Adultes (+ 18 ans)	45 €
Critérium individuel Vétérans (+ 40 ans)	12 €
Coupe AMATE (Coupe du Var en équipe de 2)	20 €
Coupe Vétérans (en équipe de 2)	17 €

« L'éventail des créneaux » (affichage en détails à la salle spécifique)

Salle spécifique ouverte Tous les jours de la semaine !	Lundi 17h00 - 22h00 Mardi 17h00 - 22h00 Mercredi 14h00 - 22h00 Jeudi 17h00 - 22h00 Vendredi 17h00 - 22h00
--	--

« Le mécénat : une manière de SOUTENIR notre association »

Le 12 décembre 2011, la Direction Générale des Finances Publiques nous a reconnu « association d'intérêt général ».

Notre association qui a pour objet la pratique sportive du tennis de table est éligible au mécénat. Aux termes des articles 200-1 et 238 bis du CGI, les versements et dons au profit d'organismes à caractère sportif ouvrent droit à une réduction d'impôt.

Les personnes physiques effectuant des dons aux œuvres et organismes d'intérêt général bénéficient d'une réduction d'impôts égale à 66% des versements effectués, retenus dans la limite de 20% du revenu imposable.

Pour toute information, contactez Franck BARTOLOMEI au 06.22.80.05.24

IDENTITE DU PARTICIPANT

NOM*	
PRENOM*	
DATE DE NAISSANCE*	
ADRESSE*	
CODE POSTAL*	
VILLE*	
TELEPHONE* (Domicile)	
TELEPHONE* (Portable)	
E-Mail**	
PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE*	

J'ACCEPTÉ

JE N'ACCEPTÉ PAS

L'affichage, la diffusion de photos, vidéos, prises lors de manifestations ou activités, auxquelles je participe ou un des membres de ma famille.

J'AI LU ET J'APPROUVE SANS RESERVE LE REGLEMENT INTERIEUR DU CLUB.

Date et signature :

COTISATION, COMPETITIONS et EQUIPEMENT*

ADULTE LOISIR <input type="checkbox"/>	ADULTE COMPETITEUR <input type="checkbox"/>
JEUNE (-18ans) LOISIR <input type="checkbox"/>	JEUNE (-18 ans) COMPETITEUR <input type="checkbox"/>
CRITERIUM FEDERAL (Adulte) <input type="checkbox"/>	COUPE AMATE <input type="checkbox"/>
CRITERIUM FEDERAL (Jeune) <input type="checkbox"/>	COUPE VETERANS <input type="checkbox"/>
CRITERIUM Vétérans (+40ans) <input type="checkbox"/>	

Cotisation
Remise
Compétition(s)
Equipement
TOTAL A PAYER

UN MAILLOT DU CLUB (OFFERT A CHAQUE NOUVEAU LICENCIÉ)
Si vous le voulez, veuillez indiquer, ci-dessous, sa taille (12ans, S, M, L, XL, XXL) :

TARIFS et REMISE:
 ° 170 Euros (ADULTE OU JEUNE -18 ans, LOISIR) ° 200 Euros (ADULTE OU JEUNE -18 ans, COMPETITEUR)
 ° 10 Euros/joueur (COUPE AMATE) ° 22 Euros (CFJP/B) ° 30 Euros (CFJM/C/J) ° 45 Euros (CFS/V) ° 12 Euros (CV)
 ° Maillot compétition : 15 Euros (COMPETITEUR) ou 25 Euros (LOISIR)
 Pour un même foyer fiscal, des remises sont consenties en cas de plusieurs inscriptions :
 - 10% pour la 2ème personne,
 - 15% pour la 3ème personne,
 - 20% pour la 4ème personne et plus.
LE CLUB PEUT AUSSI PRENDRE EN CHARGE UNE PARTIE DE VOS FRAIS DE MUTATION.

MODE DE PAIEMENT* (Chèque à l'ordre de LA GARDE Tennis de Table)

CHEQUE ESPECES COUPONS SPORT

EMETTEUR*

*** Champ obligatoire. Ecrire tous les champs en MAJUSCULES SVP.**

**** Champ facultatif. Pour réception de la licence numérique FFTT et les Newsletters du club.**

IDENTITE DES PARENTS (pour les mineurs)

NOM*	<input type="text"/>
PRENOM*	<input type="text"/>
PROFESSION*	<input type="text"/>
ADRESSE*	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
CODE POSTAL*	<input type="text"/>
VILLE*	<input type="text"/>
TELEPHONE* (Domicile)	<input type="text"/>
TELEPHONE* (Portable)	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
NOM*	<input type="text"/>
PRENOM*	<input type="text"/>
PROFESSION*	<input type="text"/>
ADRESSE*	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
CODE POSTAL*	<input type="text"/>
VILLE*	<input type="text"/>
TELEPHONE* (Domicile)	<input type="text"/>
TELEPHONE* (Portable)	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

NOUS, PARENTS DE L'ENFANT :

- Nous engageons à nous assurer de la présence de l'éducateur pour le début de chaque entraînement, stage ou compétition avant de laisser notre enfant et déchargeons de toute responsabilité les dirigeants et l'éducateur. OUI NON
- Autorisons le responsable de la section à prendre toutes les mesures d'urgence concernant notre enfant en cas d'accident ou d'affection aiguë nécessitant une hospitalisation ou intervention chirurgicale, selon les prescriptions du corps médical (nom du médecin traitant : OUI NON
- Autorisons notre enfant à quitter seul le lieu d'entraînement, ou de compétition et cela sous notre seule responsabilité. OUI NON
- Autorisons notre enfant à être transporté dans le véhicule personnel d'une des personnes désignées par l'association LA GARDE TENNIS DE TABLE pour le déplacement lors des rencontres sportives. OUI NON

Fait à _____ le _____
Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"

Information sur la certification médicale pour la saison 2019-2020

o VOUS ETES NOUVEAU LICENCIÉ AU CLUB DE LA GARDE TT

- Vous devez vous rendre chez votre médecin pour obtenir un certificat médical pour la pratique du Tennis de Table en Loisir ou en Compétition.

ATTENTION ! La précision « En compétition » est obligatoire si vous envisagez cette pratique.

o VOUS ETES ANCIEN LICENCIÉ AU CLUB DE LA GARDE TT

Et vous avez déjà fourni un certificat médical postérieur :
au 30 Juin 2016.

Trois possibilités s'offrent à vous :

- Votre certificat médical a moins d'un an lors de la saisie de la nouvelle licence (PAS D' AUTOQUESTIONNAIRE DE SANTE A REMPLIR).
- Votre certificat médical a plus d'un an et moins de trois ans lors de la saisie de la nouvelle licence (AUTOQUESTIONNAIRE DE SANTE A REMPLIR*). Puis vous devez joindre à votre fiche d'inscription dûment remplie et votre paiement, le coupon de l'attestation signé et daté par vous ou votre représentant (pour les mineurs)**.
- Votre certificat médical a plus de trois ans lors de la saisie de la nouvelle licence, vous devez vous rendre chez votre médecin pour en obtenir un nouveau.

* L'AUTOQUESTIONNAIRE DE SANTE EST PRESENT AU VERSO DE CE DOCUMENT.

** LA PARTIE SUPERIEURE DE L'AUTOQUESTIONNAIRE DOIT OBLIGATOIREMENT ETRE CONSERVEE PAR LE OU LA FUTURE LICENCIEE.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

	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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.), survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 atteste 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.

ATTESTATION

Découper suivant les pointillés

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

Je soussigné :

Nom : _____ Prénom : _____

N° de licence : _____

Déclare avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à ce jour 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 FFTT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFTT ne pourra être recherchée.

Certificat médical précédent :

Date : ___/___/_____

Nom du médecin : _____

Date et signature du titulaire ou du représentant légal