



BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCE

Saison 2020/2021

Association _____ N° _____
Date _____ Date de Validation _____
Réservé Ligue ou Comité

Première demande Renouvellement Reprise d'activité Transfert
Traditionnelle Promotionnelle Mutation

N° de licence (renouvellement ou reprise d'activité) _____
Nom * _____ Prénom * _____
Nom de naissance _____ Date de naissance * _____
(si différent du nom d'usage)
Naissance ** _____ Code postal ** _____ Ville ** _____
Sexe * _____ Nationalité * _____ (si étranger, préciser le pays)
Classement _____ Points _____ (si reprise d'activité, préciser le dernier classement connu, les points et l'année)
Adresse * _____
Code Postal _____ Ville _____
Téléphone _____ Téléphone portable _____
Courriel * _____

Dirigeant Arbitre/JA / Technicien

Vétéran Né en 1980 et avant
Senior Du 01/01/81 au 31/12/02
Junior Du 01/01/03 au 31/12/05
Cadet Du 01/01/06 au 31/12/07
Minime Du 01/01/08 au 31/12/09
Benjamin Du 01/01/10 au 31/12/11
Poussin Né en 2012 et après

Sauf opposition de votre part, les informations ci-dessus font l'objet d'un fichier informatique susceptible d'être communiqué par la FFFT à des fins commerciales ou associatives. Cette opposition doit être adressée soit au service informatique de la FFFT (informatique@fft.email), soit à l'organisme gestionnaire; elle peut également être notifiée en se rendant sur l'espace licencié (<http://www.fft.com/espacelicencie>).

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 FFFT. Par la présente demande de licence, vous êtes informé de la publication de vos résultats obtenus au cours des compétitions en lien avec celle-ci sur les supports officiels de la FFFT ou agréés par celle-ci.

Ces résultats feront apparaître vos nom, prénom, catégorie d'âge et club.

Certification médicale : J'ai fourni la saison dernière un certificat médical. Celui-ci a moins de trois ans à la date de cette demande et je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "Non" à toutes les questions du questionnaire médical (20-10).
 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 20-9
 Je ne joins pas de certificat médical et je disposerai d'une licence ne me permettant pas la pratique sportive

* Vous devez cocher obligatoirement une des 3 cases et une seule.

Protection des données

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

Signature du titulaire ou du représentant légal

- J'ai pris connaissance des conditions d'assurances (voir document 20-2-2)
 J'accepte que mes coordonnées (adresses postales, mail, téléphones) soient utilisées par la FFFT à des fins commerciales ou associatives.

MONTANT COTISATION (COCHER LES MENTIONS CORRESPONDANTES)

OBLIGATOIRE
Auto-questionnaire de santé
 ou
Certificat médical
(datant de moins de 3 mois)
 autorisant la pratique
 du tennis de table
 en loisir ou en compétition

Une **remise de 10%** sera appliquée
 pour tous les adhérents de cette saison
 qui renouvelleront leur inscription
avant le 6 septembre 2020.

- Enfants moins de 18 ans - **LOISIR** 185€
 - Enfants moins de 18 ans - **COMPETITION** 210€
 - Jeunes/étudiants - **LOISIR** 195€
 - Jeunes/étudiants - **COMPETITION** 220€
 - Adultes - **LOISIR** 215€
 - Adultes - **COMPETITION** 235€
 - **Nouvel Adhérent** 12€
 - **Inscription au Critérium Fédéral** 55€
 - **Maillot du Club (obligatoire en compétition)** 30€
 - **Pass 92 / CAF** Montant €
- TOTAL COTISATION** €

RENSEIGNEMENTS À REMPLIR POUR LES ADHÉRENTS MINEURS

ENFANT Nom : Prénom :

REPRÉSENTANT Nom : Prénom :

Tél. dom. : Port. enfant :

Port. père : Port. mère :

Email père : @

Email mère : @

Je soussigné(e)

Autorise mon enfant à quitter seul le club après les entraînements.

Autorise l'ESCTT à utiliser gratuitement des photos de mon enfant prises au club pour toute publication en rapport avec l'ESCTT.

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ESCTT.

SIGNATURE

CADRE RÉSERVÉ AU BUREAU

Certif. médical Date Nom du médecin N° Nouvelle adhésion

Montant annuel de la cotisation € chèque espèces €

Règlement € de € de € de €
Acompte pré-inscription (septembre) (octobre) (novembre)

Nom du porteur du chèque

Ticket Pass92 de € Ticket Temps Libre CAF de €

Chèque de caution Pass92 de € Chèque de caution Temps Libre CAF de €

(à remettre lors de l'inscription. Le chèque sera échangé contre les tickets si remis avant le 15 déc)

Taille du maillot