



MILLY MAISSE TENNIS DE TABLE

BORDEREAU D'INSCRIPTION 2024 / 2025

Noms Sexe : F M
Prénoms
Adresse 1ere Adhésion Renouvellement
Téléphone Fixe : Mobile :
E.Mail Date de Naissance



TARIFS ANNUELS 2024/2025

Type de Licence	Nouvelles Adhésions	Réduction famille	Critérium Fédéral	Vétérans
Loisir Adultes	100	0		
FFTT & UFOLEP				
Adultes	183	165	43	12
Jeunes nés entre 2008 & 2013	140	126	35	
Enfants nés en 2014 et après	140	126	26	
Simple UFOLEP				
Adultes	120	108	Offert par le club	
Simple FFTT				
Adultes	135	121	43	12

Une participation de **25 Euros** est demandée pour le Maillot du Club, obligatoire en compétition.

NB: Le tennis de table étant un sport comme tout autre, une tenue sportive est obligatoire et des chaussures spécifiques et propres sont obligatoires pour les sols des gymnases que nous utilisons.

Le présent Bulletin d'inscription est à rendre accompagné de:

. Certificat médical d'aptitude à la pratique du tennis de table en compétition pour toutes nouvelles Licences	
. Auto-questionnaire de santé adulte ou jeune pour le renouvellement : Certificat Médical valable 3 ans	
. Imprimé d'assurance stipulant, si nécessaire, la catégorie d'assurance complémentaire retenue	
. Imprimé d'autorisation médicale de prise en charge en cas d'accident	
. Photo d'identité pour les nouveaux affiliés UFOLEP	
. Chèque, à l'ordre de MMTT, du montant des différentes cotisations	
	
Chèque-vacances & Coupon sport Acceptés sans remboursement	
. Besoin d'une attestation pour votre CE ? *	Oui Non

POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE Courriel: millymaissett@free.fr

Mr Philippe FAUQUEMONT
5 Route de Boutigny
91490 MILLY LA FORET
Tel: 07 69 69 47 21 / 01 64 98 64 76

Mr Joaquin PLOU
6 Rue St Wulfran
91490 MILLY LA FORET
Tel: 01 64 98 93 25



MILLY MAISSE TENNIS DE TABLE SAISON 2024 - 2025

AUTORISATIONS

Médicale en cas d'accident.

Je soussigné.....

Adresse.....

.....

Téléphone:

Autorise le responsable de l'association M.M.T.T, pour l'activité que je pratique à me faire transporter ou à transporter mon enfant mineur :

Nom :..... Prénom :.....

Date de naissance :.....

- à l'hôpital de Sud Franciliens de Corbeil-Essonnes
- au centre de mon choix :
- au centre hospitalier le plus proche du lieu de l'accident, si celui ci survient au cours d'un déplacement.

Entraînements. *

- A chaque séance d'entraînement je m'engage à l'amener dans la salle et à y venir le récupérer.
- Je laisse mon enfant venir seul jusqu'à la salle et en repartir seul après les séances d'entraînement, déchargeant ainsi la municipalité, le club et l'entraîneur de toute responsabilité en cas d'accident hors de la salle de tennis de table.

Transports.

J'autorise toutes personnes à transporter mon enfant dans son véhicule personnel ou à utiliser les moyens de transport public lors des déplacements pour la pratique du tennis de table.

Oui Non

Droits à l'image. *

Dans le cadre de son organisation, de ses activités et dans un objectif d'information, MMTT demande votre autorisation d'utiliser sans contrepartie les photos sur lesquelles vous (ou vos enfants) figurez, mettant en scène ou témoignant des activités qui se déroulent dans le cadre de l'association.

J'autorise le MMTT à utiliser sans contrepartie des photos de mon enfant (en tant que représentant légal) ou de moi-même, dans le contexte précis décrit ci-dessus et à citer son/mon nom sur le site du club.

J'autorise Je n'autorise pas

Renseignements divers.

Contre indications éventuelles

.....

Les informations à caractère personnel sont traitées par notre association à des fins de gestion des adhérents et de correspondance. Elles ne seront en aucun cas diffusées ou communiquées à des tiers sans votre accord préalable.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données vous concernant. Pour l'exercer, veuillez prendre contact avec un des membres du bureau.

Le..... à

(Signature précédée de la mention « lu et approuvé »)

* **Rayer les mentions inutiles.**

HORAIRES DES SEANCES D'ENTRAINEMENT

SAISON 2024 - 2025

COMPLEXE SPORTIF DES ROCHES

Rue du Stade

91720 MAISSE

Entraînement: Jeudi de 18h à 20h => Jeunes

Jeudi de 20h à 22h30 => Adultes

Dimanche de 10h à 12h => Jeunes et Adultes

Compétitions: Jeudi de 20h à 23h30 => Compétitions UFOLEP Adultes

Compétitions Jeunes FFTT ou Entraînement

Samedi 14h30 à 18h00

Gymnase Jean ROSTAND

Rue de l'Hermitte

91490 MILLY LA FORET

Entraînement: Lundi de 20h30 à 22h30 => Adultes

Vendredi de 17h30 à 20h => Jeunes

Compétitions: Lundi de 20h30 à 23h30 => Compétitions UFOLEP

Vendredi à partir de 20h30 => Compétitions FFTT et UFOLEP et Loisir

Rappel Important

Le tennis de table étant un sport comme tout autre, une tenue sportive est obligatoire.

De même, des chaussures spécifiques et propres sont obligatoires pour les sols des gymnases que nous utilisons.

Merci de votre compréhension

Reprise des entraînements: 9 Septembre 2024

**N° 24-2****BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCE
Saison 2024/2025**

Association : _____ Numéro : _____

Date : _____ Date de Validation : _____
Réservé Ligue ou Comité

Première demande : <input type="checkbox"/>	Renouvellement : <input type="checkbox"/>	Reprise d'activité : <input type="checkbox"/>	Transfert : <input type="checkbox"/>
Compétition : <input type="checkbox"/>	Loisir : <input type="checkbox"/>	Dirigeant : <input type="checkbox"/>	Mutation : <input type="checkbox"/>

N° de licence (renouvellement ou reprise d'activité) : _____

Nom d'usage * : _____ Prénom * : _____

Nom de naissance ** : _____ Date de Naissance * : _____

Pays de naissance ** : _____ Ville de naissance / Code postal ** : _____

Sexe* : _____ Nationalité* : _____ Si né à l'étranger : Nom - Prénom du père : _____
Nom - Prénom de la mère : _____

Classement : _____ Points : _____
(si reprise d'activité, préciser le dernier classement connu, les points et l'année)

Adresse * : _____

Code Postal * : _____ Ville * : _____

Téléphone Fixe : _____ Téléphone Portable : _____

Courriel * : _____

Dirigeant : <input type="checkbox"/>	Encadrant : <input type="checkbox"/>	Arbitre / JA : <input type="checkbox"/>	Technicien : <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

Contrôle d'Honorabilité : Si au moins une des 4 cases ci-dessus est cochée : Le licencié a été informé et a compris l'objet de ce contrôle **

Vétéran : <input type="checkbox"/> <small>né en 1984 et avant</small>	Sénior : <input type="checkbox"/> <small>du 01/01/85 au 31/12/05</small>	Junior : <input type="checkbox"/> <small>du 01/01/06 au 31/12/09</small>	
Cadet : <input type="checkbox"/> <small>du 01/01/10 au 31/12/11</small>	Minime : <input type="checkbox"/> <small>du 01/01/12 au 31/12/13</small>	Benjamin : <input type="checkbox"/> <small>du 01/01/14 au 31/12/15</small>	Poussin : <input type="checkbox"/> <small>né en 2016 et après</small>

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. 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 FFTT ou agréés par celle-ci. Ces résultats feront apparaître vos nom, prénom, catégorie d'âge et club.

Certification médicale : (mention obligatoire *)

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 24-9

J'ai fourni pour la saison 2023-2024 ou pour la saison 2022-2023 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 de l'auto-questionnaire médical (formulaire 24-10-1)

Je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical pour les mineurs seulement (n°24-10-2)

Je ne joins pas de certificat médical ni d'attestation certifiant avoir répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical (pour majeur ou pour mineur) et je disposerai d'une licence ne me permettant pas la pratique sportive

*** Vous devez cocher obligatoirement une de ces quatre cases et une seule**

Assurances : (mention obligatoire *)

J'atteste avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance ainsi que de la possibilité de souscrire une garantie complémentaire (voir document 24-2-2)

*** Vous devez cocher obligatoirement la case de prise de connaissance du document 24-2-2, et compléter ce dernier.****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 le contrôle d'honorabilité (si coché, je ne serai pas habilité à exercer des fonctions dirigeantes, d'encadrement ou d'arbitrage)
- 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 pour tous les dirigeants et éducateurs, fortement conseillé pour les autres licenciés



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 figurant sur le site WEB de la FFTT à l'adresse www.fftt.com, rubrique « administratif » et des assurances qui lui sont proposées, notamment une assurance dommage corporel de base et garanties complémentaires.

L'assurance dommage corporel "garantie de base" au tarif de :

- 0,38 € pour les vétérans,
- 0,38 € pour les séniors,
- 0,10 € pour les juniors, cadets, minimes, benjamins, poussins

Pourquoi souscrire une garantie individuelle accidents ?

Parce que la garantie Responsabilité Civile ne garantit pas vos propres dommages.

Parce que la souscription de cette assurance vous offre de nombreux avantages pour une cotisation minimale ; **ce montant étant compris dans le prix de la licence fédérale**, de chaque catégorie.

Parce que vous pourrez percevoir un capital ou un remboursement de frais médicaux en complément des indemnités versées par votre organisme social.

Parce que vous serez garanti sans franchise en complément de la sécurité sociale, pour vos frais médicaux et pour des prestations tel le forfait journalier, des frais de transport non pris en charge par la sécurité sociale et pour des frais dentaires (selon barème prévu au contrat).

Parce que vous pouvez profiter des garanties complémentaires à tarif négocié par la Fédération.

Une pratique sportive vous expose nécessairement à des dommages corporels et il est donc important de se protéger par la souscription d'une assurance adaptée, à tarif négocié par la Fédération.

Vous devez obligatoirement valider un des deux choix présents ci-dessous :

Je souhaite souscrire à la garantie facultative de base « dommage corporel » ; 0,38 € pour les vétérans et séniors, 0,10 € pour les catégories jeunes (**inclus dans le tarif de la licence**)

Je ne souhaite pas souscrire à la garantie facultative de base « dommage corporel ». Je demande le remboursement du montant de la prime d'assurance correspondante, tel que prévu dans la circulaire administrative, et ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « dommage corporel ».

Le soussigné qui ne souhaite pas souscrire à l'assurance « dommage corporel » proposée reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de ses participations aux matches. Il déclare expressément avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'assurance exposées ci dessus.

Possibilité de souscrire aux garanties complémentaires si adhésion à la garantie de base « Assurance Dommage Corporel »

Garanties	Garantie Bronze	Garantie Argent	Garantie Or
Capitaux décès	10000 € / sinistre	20000 € / sinistre	30000 € / sinistre
Capitaux invalidité permanente en cas d'accidents corporels	20000 € / sinistre	40000 € / sinistre	50000 € / sinistre
Indemnité journalière (durée maxi. 360 jours)	NEANT	15 €/jour	25 €/jour
Frais médicaux	NEANT	NEANT	NEANT
Cotisations complémentaires T.T.C par Licencié	5 €	8 €	15 €

Pour obtenir plus de renseignements sur les garanties complémentaires, vous pouvez consulter la "Notice individuelle dommages corporels à l'attention des adhérents titulaires d'une licence FFTT" présente sur l'espace assurance du site fédéral.

Vous devez obligatoirement valider un des deux choix présents ci-dessous :

Je souhaite souscrire la garantie complémentaire **Bronze, Argent ou Or (barrer les mentions inutiles)** qui complètera, en cas d'accident corporel, la garantie de base de la licence. J'intègre la cotisation de complémentaire de 5 € (Bronze), 8 € (Argent) ou 15 € (Or) pour la saison 2024/2025 au règlement de ma cotisation club. J'ai bien noté que la garantie serait acquise à compter de la date de souscription jusqu'à la fin de la période de validité de ma licence.

Je ne souhaite pas souscrire cette garantie complémentaire.

Le formulaire de souscription est disponible en consultation et téléchargement sur le site fédéral dans la rubrique "Jouer", sous-menu "Licences", onglet "Assurance", <https://www.fftt.com/site/jouer/licences/assurance>

Il est également disponible par écrit auprès du responsable de votre club et sur simple demande auprès de votre comité, votre ligue ou de la FFTT.



N° 24-10-1

Questionnaire de Santé pour Majeur

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si êtes majeur et avez un certificat médical datant de moins de trois ans, et si vous avez été licencié en continu depuis cette date, avec la mention "certificat médical présenté".

Un certificat médical ne peut être prolongé plus de deux fois avec un questionnaire de santé.

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.		Oui	Non
Durant les 12 derniers mois :			
1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<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.), survenue 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.



N° 24-10-1

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 FTT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FTT ne pourra être recherchée.

Certificat médical précédent :

Date : ____/____/____

Nom du médecin : _____

Date et signature du titulaire ou du représentant légal

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

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.

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