

RACING CLUB DE STRASBOURG

SECTION TENNIS DE TABLE

Infos sur le club
<http://rcs-tennisdetable.com/>

DOSSIER D'INSCRIPTION JEUNE

SAISON 2017/2018

NOM : PRENOM :

ADRESSE :

TEL. Dom. : Travail : Portable :

DATE DE NAISSANCE : Nationalité : Sexe :

MAIL des parents :@..... Taille :

Madame - Monsieur.....

Demande l'inscription de mon enfant – désigné ci-avant – à l'école de tennis de table du RC STRASBOURG.

Retour au domicile :

J'informe la section qu'à l'issue des séances d'entraînements :

- mon enfant sera cherché par moi ou un membre de la famille
 mon enfant est autorisé à regagner seul notre domicile.

Droit à l'image :

Je confirme que j'autorise le club à utiliser à des fins de communications internes (site internet ou autres) ou externes les photos qui pourraient être prises de mon enfant à l'occasion des activités du club.

FORMULES D'INSCRIPTION	Cocher votre choix	Droit d'inscription
Entraînement et championnat par équipes		105
Compétitions Individuelles		20
Championnat sénior (sous réserve de la validation des entraîneurs)		/
TOTAL		
Abattement 20% 2 ^{ème} membre de la même famille	<input type="checkbox"/>	
Abattement 50% 3 ^{ème} membre et + de la même famille	<input type="checkbox"/>	

Paiement en plusieurs fois possible

Possibilité d'utiliser les Bons d'Aide à la Pratique Sportive attribués par la Ville de Strasbourg (sous condition de ressources).

- CI-JOINT :**
- 1 Original du Certificat Médical
 - 1 Retour Questionnaire de Santé en lieu et place du CM (cf feuillet 3 du dossier)
 - la somme de :€uros (Chèque à l'ordre du RCS Tennis de Table)

Assurance :

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'assurances complémentaires proposées par la FFTT au deuxième feuillet de ce dossier d'inscription et de la possibilité d'y adhérer.

- et vous confirme que je
- ne désire pas y adhérer
 - vais probablement adhérer à l'une des formules proposées : bronze, argent ou or.

DON (déductible des impôts) :

A....., le / /2017 Signature :

Fiche à remettre aux entraîneurs

Ou au secrétaire : Samuel GUILLEMIN 12, rue des Hirondelles - 67100 STRASBOURG

**Ou à Carmen SCHMITT 50A, route du Polygone – 67100 STRASBOURG 06 72 05 72 41
 schmitt.carmen1@gmail.com**

Bulletin d'adhésion aux options complémentaires Individuelle Accident

Assureur : MMA IARD- 14 boulevard Marie et Alexandre Oyon 72030 Le Mans cedex 9
 N° contrat : 4.285.100 Echéance contractuelle : 1^{er} juillet

Vous bénéficiez, du fait de votre adhésion à la FFTT, d'une Garantie de base décès/ invalidité .
 Vous pouvez augmenter vos capitaux selon les modalités suivantes :

Garanties	Garantie Bronze	Garantie Argent	Garantie Or
Décès	10 000 €	20 000 €	30 000 €
Invalidité permanente	20 000 €	40 000 €	50 000 €
Incapacité temporaire	-	15 € / jour	25 € / jour
Frais médicaux	-	-	100 % du régime conventionné de la SS
Cotisation complémentaires TTC / licencié	5 €	8 €	15 €
Option choisie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Age limite à 70 ans pour les garanties décès / invalidité

N° affiliation	
Nom du club	
Ville	

Prénom / Nom	Date de naissance	Option choisie	Cotisation
Montant total du règlement			

Bulletin à photocopier et à conserver

Original à retourner à :

VERLINGUE
 à l'attention de Myriam Bahuaud
 4 Rue Berteaux Dumas
 92200 Neuilly sur Seine

Date et Signature

La garantie prend effet au jour de réception du bulletin à la Compagnie

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

(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