

# RACING CLUB DE STRASBOURG

## SECTION TENNIS DE TABLE

### DOSSIER D'IDENTIFICATION ET DE SOUHAITS SAISON 2017/2018

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

NOM : ..... PRENOM : .....

ADRESSE : .....

TEL. Dom. : ..... Travail : ..... Portable : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... Nationalité : ..... Sexe : .....

MAIL : .....@..... Taille : .....

**J'aimerais évoluer :** (Merci de cocher votre ou vos choix)

- |  |   |                                     |
|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Equipe FFTT Messieurs | <input type="checkbox"/> Individuels FFTT (4 tours) | <input type="checkbox"/> Coupe FFTT |
| <input type="checkbox"/> Equipe AGR Messieurs  | <input type="checkbox"/> Individuels AGR            | <input type="checkbox"/> Coupe AGR  |
| <input type="checkbox"/> Equipe FFTT Dames     | <input type="checkbox"/> Coupe Vétérans             |                                     |

FORMULES D'INSCRIPTION	Cocher votre choix	Droit d'inscription
Base ou <b>Seniors Non compétiteur</b>		85
Compétiteur Equipe <b>FFTT ou AGR</b>		130
Compétiteur Equipes <b>FFTT et AGR</b>		150
Inscription <b>individuels FTTT</b>		36
<b>TOTAL DÛ</b>		
Abattement 20% Etudiants/chômeurs compétiteurs	<input type="checkbox"/>	
Abattement 20% 2 <sup>ème</sup> membre de la même famille	<input type="checkbox"/>	
Abattement 50% 3 <sup>ème</sup> membre et + de la même famille	<input type="checkbox"/>	

#### PAIEMENT EN PLUSIEURS FOIS POSSIBLE

- 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.

#### 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 ma personne à l'occasion des activités du club.

**DON (déductible des impôts) :** .....

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

**Fiche à remettre aux entraîneurs ou au secrétaire  
(Monsieur Samuel GUILLEMIN 12, rue des Hirondelles - 67100 STRASBOURG)**



## 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<sup>er</sup> 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

QUIMPER NANTES RENNES VANNES PARIS LILLE MULHOUSE STRASBOURG DIJON LYON AIX-EN-PROVENCE TOULOUSE BORDEAUX  
MANCHESTER HALIFAX SHEFFIELD



Délegé social - 12 rue de Kérogan - CS 44012 - 29035 QUIMPER cedex - Tél. 0 920 280 280 (L 118 € TTC/mois) Fax. 0 920 289 242  
SAS au capital de 2 095 498 € Code APE 8822 Z Siren 440 316 943 RCS QUIMPER  
N° Oras : 07 000 840 www.oras.fr Sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 61 rue Talbourc - 75009 PARIS (07 16)



## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

	Répondez aux questions suivantes par oui ou par non. Durant les 12 derniers mois :	Oui	Non
<b>1</b>	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b>	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b>	Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	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"/>
<b>6</b>	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour :</b>			
<b>7</b>	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"/>
<b>8</b>	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	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. Simplemment attestez 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