RACING CLUB DE STRASBOURG

SECTION TENNIS DE TABLE

**FICHE D’INSCRIPTION JEUNE**

**SAISON 2018/2019**

 NOM de l’enfant : ........................................... PRENOM de l’enfant : ...............................

 ADRESSE : ...............................................................................……......................................

 CODE POSTAL :………………………………… VILLE :………………………………………….

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

 DATE DE NAISSANCE : ...../...../......... Nationalité : ………… Sexe : …..

 MAIL des parents : …….……................................@........................…. Taille du maillot:…..

 Madame - Monsieur…………………………….………….…

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

 **Retour au domicile** (merci d’entourer votre réponse)

 **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.

**Horaires d’entrainements**

Initiation, compétition et détection : merci de faire référence aux informations de notre site internet.

**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 Racing Club de Strasbourg Tennis de Table.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULES D’INSCRIPTION** | **Cocher votre choix** | **Droit d’inscription** |
| Entrainement et championnat par équipes |  | **120** |
| Compétitions Individuelles |  | **20** |
| Championnat sénior (sous réserve de la validation des entraineurs) |  | **/** |
| **TOTAL** |  |  |
| Abattement 20% 2ième membre de la même famille □Abattement 50% 3ième membre et + de la même famille □ |  |

**PAIEMENT EN PLUSIEURS FOIS POSSIBLE**

**Acceptons les bons d’aide de la ville pour la pratique d’un sport BAPS.**

 **CI-JOINT** : □ 1 Original du Certificat Médical pour 1 Affiliation

 □ La somme de : ………..Euros (Chèque à l’ordre du RCS Tennis de Table)

 **Assurance** :

 Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d’assurances complémentaires proposées par
 la FFTT et ne désire pas y adhérer ou souhaite y adhérer cf verso de la présente et augmente les frais

 d’inscriptions

 **DONS (déductible des impôts) : ………………**

 A....................................... Le / /20 Signature :

