

# RACING CLUB DE STRASBOURG

## SECTION TENNIS DE TABLE

# SéniOr

### FICHE D'IDENTIFICATION ET DE SOUHAITS

SAISON 2020/2021

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

ADRESSE : .....

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

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

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

CODE POSTAL DE NAISSANCE : ..... VILLE DE NAISSANCE : .....

MAIL : .....@..... Taille de maillot : .....  
(XS, S, M, L, XL..)

#### J'aimerais évoluer :

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

(Merci de cocher votre ou vos choix)

FORMULES D'INSCRIPTION	Cochez votre choix	Droit d'inscription
Base ou Seniors Non compétiteur		90
Compétiteur Equipe FFTT		140
Compétiteur Equipes FFTT et AGR		160
Inscription individuels FFTT		37
<b>TOTAL DÛ</b>		<b></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 pour 1 Affiliation ou questionnaire santé pour FFTT  
 La somme de : .....Euros (Chèque à l'ordre du RCS Tennis de Table ou virement)

#### 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)

#### 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 Racing Club de Strasbourg Tennis de Table.

DONS (déductible des impôts) : .....

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

CETTE FICHE DOIT ETRE REMISE AUX ENTRAINEURS OU AU SECRETAIRE

Thomas FERRY – 2B rue de l'industrie 67400 ILLIKIRCH-GRAFFENSTADEN - [secretariat.rcs-tt@outlook.fr](mailto:secretariat.rcs-tt@outlook.fr)

Vous trouverez tous les renseignements concernant notre club sur notre site : <http://rcs-tennisdetable.com/>

## 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 inexplicquée ?	<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. 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
---

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
10278	01084	00021820701	97	EUR

Domiciliation  
**CCM STRASBOURG GUTENBERG**

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)  
**FR76 1027 8010 8400 0218 2070 197**

BIC (Bank Identifier Code)  
**CMCIFR2A**

Domiciliation  
CCM STRASBOURG GUTENBERG  
2 RUE DES HALLEBARDES  
CS 80016  
67060 STRASBOURG CEDEX  
☎33388254050

Titulaire du compte (Account Owner)  
RCS OMNISPORT AMATEUR  
SECTION TENNIS DE TABLE  
ABS MLE SCHMITT CARMEN  
37 RUE DU 28 NOVEMBRE  
67150 ERSTEIN

Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.

PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ

**CETTE FICHE DOIT ETRE REMISE AUX ENTRAINEURS OU AU SECRETAIRE**

**Thomas FERRY – 2B rue de l'industrie 67400 ILLIKIRCH-GRAFFENSTADEN - [secretariat.rcs-tt@outlook.fr](mailto:secretariat.rcs-tt@outlook.fr)**

**Vous trouverez tous les renseignements concernant notre club sur notre site : <http://rcs-tennisdetable.com/>**



## Bulletin d'adhésion aux options complémentaires Individuelle Accident

Assureur : MAIF 16-18 Bd de la Mothe 54000 NANCY

N°contrat: 4314146 H

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 €/sinistre	20 000 €/sinistre	30 000 € /sinistre
Invalidité permanente	20 000 €/sinistre	40 000 €/sinistre	50 000 €/sinistre
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"/>

Numéro d'affiliation : \_\_\_\_\_

Nom du club : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Prénoms / Nom	Adresse	Date de Naissance	Option choisie	Cotisation
Montant total du règlement :				

A adresser à : MAIF

16-18 Bd de la Mothe

54000 NANCY

[gestionspecialisee@maif.fr](mailto:gestionspecialisee@maif.fr)

Tel : 03 83 39 76 08

Date et Signature

CETTE FICHE DOIT ETRE REMISE AUX ENTRAINEURS OU AU SECRETAIRE

Thomas FERRY – 2B rue de l'industrie 67400 ILLIKIRCH-GRAFFENSTADEN - [secretariat.rcs-tt@outlook.fr](mailto:secretariat.rcs-tt@outlook.fr)

Vous trouverez tous les renseignements concernant notre club sur notre site : <http://rcs-tennisdetable.com/>