



Coordonnées

ADRESSE

.....

.....

EMAIL

.....

.....

Recevez-vous les mails du club ?

 Oui

 Non

● Formules proposées

Adhésion Année complète

Adhésion Demi-saison (dès mars 2023)

Entraînement tennis licencié 1h15 (27 séances)

Entraînement tennis non licencié 1h15

Entraînement plateau 2h

Entraînement physique 1h30

Réduction Couple (Pour 2 adhésions années complètes)

● Inscription Compétitions

Tournoi interne adultes homologué

NC A NI

Trophée Philippe Chatrier

Cochez la ou les catégorie(s) choisie(s)

SENIOR

SENIOR +

● Accès courts couverts

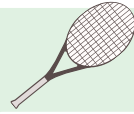
Réactivation du badge

Badge + Clé d'accès

Pièces à fournir obligatoirement (À COMPLÉTER AU DOS DE CETTE FEUILLE)

Décharge

Certificat médical ou questionnaire



Adulte n°1
NÉ(E) EN 2004 ET AVANT.

SEXE F M

NOM

PRÉNOM

NÉ(E) LE

TEL PORT

N° DE LICENCE
(À REMPLIR PAR LE CLUB)

Cochez la ou les options choisies

Tarif

235 €

150 €

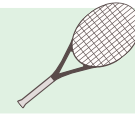
... X 195 € =€

... X 225 € =€

195 €

180 €

- 15 €



Adulte n°2
NÉ(E) EN 2004 ET AVANT.

SEXE F M

NOM

PRÉNOM

NÉ(E) LE

TEL PORT

N° DE LICENCE
(À REMPLIR PAR LE CLUB)

Cochez la ou les options choisies

Tarif

235 €

150 €

... X 195 € =€

... X 225 € =€

195 €

180 €

- 15 €

12 €

... X 13 € =€

12 €

... X 13 € =€

Gratuit

25 €

Gratuit

25 €

Sous-Total

.....

TOTAL À PAYER :€

Partie réservée au club

Chèque en 1 fois N°

Espèces : € CB : €

Chèques vacances ANCV : €

Coupons sport : €

Bons mairie : €

CE : €

Remarques :

Paiement échelonné :

Chèque n°1 :€ - N° Date : .../.../...

Chèque n°2 :€ - N° Date : .../.../...

Chèque n°3 :€ - N° Date : .../.../...

Chèque n°4 :€ - N° Date : .../.../...

Chèque n°5 :€ - N° Date : .../.../...

TOTAL PAYÉ:€

Date : .../.../... Carnet n°..... Page n°.....

Informations et libertés, et droit à l'image

Les informations recueillies lors de votre adhésion font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au club, également à la FFT, ses ligues et ses comités départementaux ou provinciaux. Ces données sont nécessaires à l'organisation des activités du club, de la Ligue et de la FFT. Vos noms et prénoms peuvent donc être amenés à être affichés (listes des licenciés, liste des classés, ou palmarès des compétiteurs). Conformément à la loi INFORMATIQUE et LIBERTÉ, vous bénéficiez d'un droit d'accès aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez-vous adresser à : FFT, Service Organisation, 2 avenue Gordon Bennett, 75116 PARIS ou fffeft.fr.

Vous pouvez être amené(e) à être photographié(e) ou filmé(e) lors de votre cours ou de votre présence dans nos murs, dans un but pédagogique, lors des manifestations ou simplement en guise de souvenir. Acceptez-vous que ces images soient prises et éventuellement affichées au club, utilisées comme support pédagogique, paraissent dans la presse locale ou spécialisée de la Ligue de Tennis ou sur le site du club ?

 J'accepte

 Je n'accepte pas

Date et signature (précédées de la mention manuscrite "Je reconnais avoir été informé(e)" :

Questionnaire de santé

Merci de préciser à quelle date vous avez fourni le dernier certificat médical : Sept. 2020 Sept. 2021 Sept. 2022

Pour les certificats fournis en 2020 et 2021, merci de compléter le questionnaire ci-dessous.
 Pour les certificats fournis avant septembre 2020, merci de fournir un nouveau certificat médical.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	Adulte N°1		Adulte N°2	
	OUI	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</small>				

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la fédération, 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.

Je soussigné (e) Mme, Mr.....atteste avoir renseigné le questionnaire santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature :