

## Responsable légal

NOM .....  
 PRÉNOM .....  
 ADRESSE .....  
 .....  
 .....  
 TEL PORT .....  
 EMAIL .....

Si vous étiez adhérent en 2023, receviez-vous les mails du club ?

Oui  Non

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

Décharge

Questionnaire



### Enfant n°1

SEXE  F  M

NOM .....

PRÉNOM .....

NÉ(E) LE .....

N° DE LICENCE .....  
 (À REMPLIR PAR LE CLUB)

Cochez la ou les options choisies

Tarif

190 €

220 €

240 €



### Enfant n°2

SEXE  F  M

NOM .....

PRÉNOM .....

NÉ(E) LE .....

N° DE LICENCE .....  
 (À REMPLIR PAR LE CLUB)

Cochez la ou les options choisies

Tarif

190 €

220 €

240 €

1h-210€  1h15-260€

50 €

1h-120€  1h15-150€  1h30-180€

12 €

13 €

25 €

-50 €

1h-210€  1h15-260€

50 €

1h-120€  1h15-150€  1h30-180€

12 €

13 €

25 €

-50 €

Sous-Total .....

.....

TOTAL À PAYER : .....€

## Partie réservée au club

Chèque N° ..... (Ordre : ASMF Tennis)

Espèces : ..... €  CB : ..... €

Chèques vacances ANCV : ..... €

Coupons sport : ..... €

Bons mairie : ..... €

CE : ..... €

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 : .../.../...

Photocopie PASS'Sport fournie  OUI  NON

Remarques :

TOTAL PAYÉ : .....€

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

## Décharge parentale

Je soussigné (e) Mme, Mr ....., responsable légal(e) de ..... et de..... :

- reconnais que l'adhésion au club entraîne l'acceptation du règlement intérieur (disponible sur le site internet du club), des règlements de la Fédération Française de Tennis, des risques liés à la pratique sportive et des garanties d'assurance proposés avec la licence.
- reconnais avoir été averti(e) de l'intérêt de souscrire aux garanties complémentaires proposées par la FFT afin de bénéficier d'une meilleure indemnisation en cas de dommages corporels (disponible sur <https://tenup.fft.fr/Garanties-assurances>).
- décharge les responsables du club, éducateurs et moniteurs de toute responsabilité en cas d'accident en dehors des heures d'entraînement et les autorise à prendre toute décision nécessaire en cas d'urgence, y compris une éventuelle hospitalisation.

Date et signature (précédées de la mention manuscrite "lu et approuvé" :

## Informations et libertés, et droit a 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 [fftefft.fr](http://fftefft.fr).

L'enfant dont vous êtes responsable ou vous-même, 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

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	Enfant N°1		Enfant N°2	
	OUI	NON		
<b>Durant les 12 derniers mois</b>				
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<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"/>
<b>A ce jour</b>				
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"/>

*\*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*

### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, 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.....

en ma qualité de représentant légal de

.....  
atteste avoir renseigné le questionnaire santé OS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal.