

# TENNIS DE TABLE

## INSCRIPTIONS POUR LA SAISON 2017/2018

### COTISATIONS :

ADULTES 160€

ENFANTS 100€

LOISIRS 80€

Entraînement dirigé adultes : le mercredi de 20H30 à 22H30

Entraînement dirigé enfants : le samedi de 10H à 11H (-de 11ans et débutants) et 11H à 12H

pour les autres

Pour les loisirs la salle est ouverte le lundi et le vendredi de 20H30 à 22H30 (en cas de compétitions l'horaire sera avancé le vendredi de 18H30 à 20h30)

### Les compétitions :

**Adultes :** championnat FFTT et championnat de Paris le vendredi soir

championnat UFOLEP le mardi soir et les INDIVS le dimanche matin

**Enfants :** championnat FFTT le samedi après-midi

tournois : coupe Davis, interclubs, première balle, intercatégories

INDIVS le samedi

les inscriptions aux indivs sont avancées par le club mais remboursées par le joueur.

Tout adhérent devra se présenter sur l'aire de jeux avec des vêtements et des chaussures de sport



[www.tennisdetablegretztournan.com](http://www.tennisdetablegretztournan.com)

**SITE DU CLUB :**

Francis PAYRAMAURE TEL. 06.32.20.47.47 MAIL : [gretz.tdt.tournan@orange.fr](mailto:gretz.tdt.tournan@orange.fr)

**Secrétaire :**

Alain CASASUS TEL. 06.70.90.25.56 MAIL : [alain.casasus@orange.fr](mailto:alain.casasus@orange.fr)

**Trésorier :**

Philippe GAMACHE TEL. 06.95.93.84.92 MAIL : [femur77220@gmail.com](mailto:femur77220@gmail.com)

**Président :**

**MEMBRES DU BUREAU :**

- Fiche d'inscription avec autorisation parentale
- Fiche de renseignements
- Questionnaire de santé (pour ceux déjà licenciés en 2016/2017)
- Certificat médicale (pour les nouveaux joueurs)Le règlement par chèque ou en espèces

**Documents obligatoires lors de l'inscription :**

# BULLETIN D'ADHESION

Je soussigné(e)

NOM.....PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE.....LIEU.....

ADRESSE.....

TELEPHONE.....PORTABLE.....

Désire adhérer à la section Tennis de Table du S.C.G.T.

COTISATION ADULTE : 160 € \*

COTISATION ENFANT : 100 € \*

COTISATION LOISIRS : 80 € \*

Payée le :

Règlement par : CHEQUE ESPECES \*

PARTICIPATION AUX COMPETITIONS : OUI NON \*

*\* entourer la réponse*

AUTORISATION PARENTALE (mineurs)

Je soussigné(e), NOM.....PRENOM.....

ADRESSE.....

AUTORISE MON FILS, MA FILLE

NOM.....PRENOM.....AGE.....

A adhérer à la section Tennis de Table du S.C.G.T. et à pratiquer la compétition.

DATE ET SIGNATURE DES PARENTS

Chers adhérents,

Afin de pouvoir informer les adhérents, de les joindre pour divers événements ou pour les remplacer un absent pour une compétition je vous serais reconnaissant de nous fournir les renseignements ci-dessous :

NOM :  
PRENOM :

Date de naissance :

Adresse e-mail :

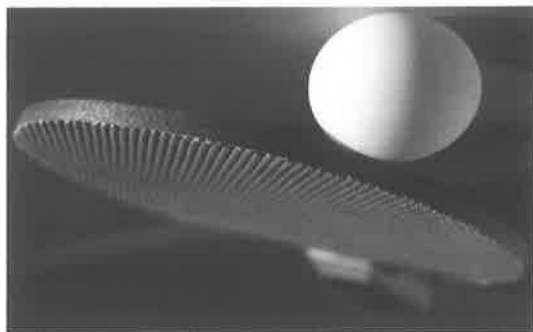
@

\* **Attention** vous recevrez un mail de la fédération pour valider votre licence...

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Merci d'autoriser le CLUB à utiliser les photos qui seront éventuellement prises dans l'année, de vous ou de votre enfant pour notre site internet



[www.tennisdetablegretztourman.com](http://www.tennisdetablegretztourman.com)

## CERTIFICAT MÉDICAL POUR LA PRATIQUE DU TENNIS DE TABLE

### Recommandations de la commission médicale :

- L'examen médical permettant de délivrer ce certificat :
- engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat (article R.4127-69 du code de la santé publique), seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaires et seul responsable de l'obligation de moyen,
- ne doit jamais être pratiqué à l'improviste, sur le terrain ou dans les vestiaires avant une compétition, le certificat médical de complaisance est donc prohibé (article R4127-28 du code de la santé publique)
- Le contenu et la rigueur de l'examen doivent tenir compte de l'âge et du niveau du compétiteur

### Adultes :

- Le médecin doit tenir compte que les principales contre-indications à la pratique du tennis de table sont :
- l'insuffisance coronarienne aiguë,
- l'insuffisance coronarienne traitée, instable,
- troubles du rythme non stabilisés
- insuffisance cardiaque évolutive
- cardiomyopathie
- Toute autre pathologie grave ou chronique est à apprécier avec le médecin traitant.
- Les chirurgies articulaires récentes ou prothèses seront des contre-indications temporaires
- Il est préconisé une épreuve cardio-vasculaire d'effort et une surveillance biologique élémentaire chez le sujet :
- porteur d'une cardiopathie ou symptomatique
- asymptomatique ayant deux facteurs de risque cardio-vasculaire,
- souhaitant débiter ou reprendre la pratique en compétition, homme de plus de 40 ans, femme de plus de 50 ans,

### Jeunes :

- Il est conseillé pour le médecin de :
- tenir compte des pathologies dites « de croissance » et des pathologies antérieures liées à la pratique du tennis de table,
- consulter le carnet de santé
- constituer un dossier médico-sportif
- une mise à jour des vaccinations,
- Jeunes : au-delà de 8h de pratique hebdomadaire ou souhaitant rejoindre un programme de détection Fédéral (modèle constitué par la commission médicale)
- Recommande la réalisation :
- d'un électrocardiogramme de repos,
- d'un examen clinique effectué par un médecin du sport, et portant une attention particulière :
- aux troubles de la statique rachidienne pouvant être aggravées par la pratique du tennis de table,
- aux troubles ou aux douleurs articulaires évoquant une maladie de croissance ; notamment au niveau du dos, des coudes, des genoux ou des talons, préférentiellement atteints chez le pongiste.

## Certificat médical

Je soussigné,  
Docteur :

N° Ordre : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné M. : \_\_\_\_\_  
Et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la pratique du tennis de table en compétition.

Le : \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin :

## QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.		Durant les 12 derniers mois :	
Non	Oui		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	Avez-vous eu une perte de connaissance ?
<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"/>	6	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?
<b>A ce jour :</b>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (traçure, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.), survenu durant les 12 derniers mois ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

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 :

Declare 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 FFT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFT ne pourra être recherchée.

Certificat médical précédent :  
Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Date et signature du titulaire ou du représentant légal