



**MILLY MAISSE TENNIS DE TABLE**  
**BORDEREAU D'INSCRIPTION 2025 / 2026**

Noms ..... Sexe : F M  
 Prénoms ..... 1<sup>ere</sup> Adhésion Renouvellement  
 Adresse ..... Préinscription site FFTT : oui / non  
 .....  
 Téléphone Fixe : ..... Mobile : .....  
 E.Mail ..... Date de Naissance .....

**TARIFS ANNUELS 2025/2026**

| Type de Licence                  | Nouvelles Adhésions | Réduction sur la 2 <sup>eme</sup> Licence | Critérium Fédéral FFTT | Vétérans |
|----------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------------------|----------|
| Loisir Adultes                   | 115                 | 0                                         |                        |          |
| <b>Licence FFTT &amp; UFOLEP</b> |                     |                                           |                        |          |
| Adultes                          | 195                 | 175                                       | 43                     | 12       |
| Jeunes nés entre 2007 & 2014     | 150                 | 135                                       | 35                     |          |
| Enfants nés en 2015 et après     | 150                 | 135                                       | 26                     |          |
| <b>Simple UFOLEP</b>             |                     |                                           |                        |          |
| Adultes                          | 130                 | 120                                       | 10                     |          |
| <b>Simple FFTT</b>               |                     |                                           |                        |          |
| Adultes                          | 145                 | 130                                       | 43                     | 12       |

**Le Maillot du Club est obligatoire en compétition**

**15€ Maillot Enfant de 6 à 12 ans et 25€ Maillot adulte de S à 3XL**

**NB:** Le tennis de table étant un sport comme tout autre, une tenue sportive est obligatoire et des chaussures spécifiques et propres sont obligatoires pour les sols des gymnases que nous utilisons.

**Le présent Bulletin d'inscription est à rendre accompagné de:**

- . Attestation du questionnaire de santé pour mineur et majeur de -40 ans ou certificat médical si 1 oui
- . Vétérans + 40 ans Certificat médical valable jusqu'au changement de catégorie 45 50 55 60 65 70 75 80 85 et +
- . Imprimé de Licence stipulant, la catégorie d'assurance complémentaire retenue
- Sauf pour les préinscriptions sur le site FFTT
- . Chèque, à l'ordre de MMTT, du montant des différentes cotisations

|                                                                                                        |                                                                                     |                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <br>CHÈQUE-VACANCES |  | Chèque-vacances & Coupon sport<br>Acceptés sans remboursement |
| . Besoin d'une attestation pour votre CE ? *                                                           | Oui                                                                                 | Non                                                           |

POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLEMENTAIRE Courriel: [millymaissett@free.fr](mailto:millymaissett@free.fr)

M Philippe FAUQUEMONT  
 Tel: 07.69.69.47.21 / 01.64.98.64.76  
[pfauquemont@free.fr](mailto:pfauquemont@free.fr)

M Christophe LERICHE  
 Tel: 06.61.41.05.18  
[Christophe.lerichel107@gmail.com](mailto:Christophe.lerichel107@gmail.com)



**MILLY MAISSE TENNIS DE TABLE SAISON 2025 - 2026**

**AUTORISATIONS**

**Médicale en cas d'accident.**

Je soussigné.....

Adresse.....

.....

Téléphone: .....

Autorise le responsable de l'association M.M.T.T, pour l'activité que je pratique à me faire transporter ou à transporter mon enfant mineur :

Nom :..... Prénom :.....

Date de naissance :.....

- ☐ à l'hôpital de Sud Franciliens de Corbeil-Essonnes
- ☐ au centre de mon choix : .....
- ☐ au centre hospitalier le plus proche du lieu de l'accident, si celui ci survient au cours d'un déplacement.

**Entraînements. \***

- ☐ A chaque séance d'entraînement je m'engage à l'amener dans la salle et à y venir le récupérer.
- ☐ Je laisse mon enfant venir seul jusqu'à la salle et en repartir seul après les séances d'entraînement, déchargeant ainsi la municipalité, le club et l'entraîneur de toute responsabilité en cas d'accident hors de la salle de tennis de table.

**Transports.**

J'autorise toutes personnes à transporter mon enfant dans son véhicule personnel ou à utiliser les moyens de transport public lors des déplacements pour la pratique du tennis de table.

**Oui Non**

**Droits à l'image. \***

Dans le cadre de son organisation, de ses activités et dans un objectif d'information, MMTT demande votre autorisation d'utiliser sans contrepartie les photos sur lesquelles vous (ou vos enfants) figurez, mettant en scène ou témoignant des activités qui se déroulent dans le cadre de l'association.

J'autorise le MMTT à utiliser sans contrepartie des photos de mon enfant (en tant que représentant légal) ou de moi-même, dans le contexte précis décrit ci-dessus et à citer son/mon nom sur le site du club.

**J'autorise Je n'autorise pas**

**Renseignements divers.**

Contre indications éventuelles .....

.....

Les informations à caractère personnel sont traitées par notre association à des fins de gestion des adhérents et de correspondance. Elles ne seront en aucun cas diffusées ou communiquées à des tiers sans votre accord préalable.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux données vous concernant. Pour l'exercer, veuillez prendre contact avec un des membres du bureau.

Le..... à .....

(Signature précédée de la mention « lu et approuvé »)

**\* Rayer les mentions inutiles.**

|                     |                                                       |
|---------------------|-------------------------------------------------------|
| Association : _____ | Numéro : _____                                        |
| Date : _____        | Réservé Ligue ou Comité<br>Date de Validation : _____ |

|                                             |                                           |                                               |                                      |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|
| Première demande : <input type="checkbox"/> | Renouvellement : <input type="checkbox"/> | Reprise d'activité : <input type="checkbox"/> | Transfert : <input type="checkbox"/> |
| Compétition : <input type="checkbox"/>      | Loisir : <input type="checkbox"/>         | Dirigeant : <input type="checkbox"/>          | Mutation : <input type="checkbox"/>  |

N° de licence ( renouvellement ou reprise d'activité ) : \_\_\_\_\_

Nom d'usage \* : \_\_\_\_\_ Prénom \* : \_\_\_\_\_

Nom de naissance \*\* : \_\_\_\_\_ Date de Naissance \* : \_\_\_\_\_

Pays de naissance \*\* : \_\_\_\_\_ Ville de naissance / Code postal \*\* : \_\_\_\_\_

Sexe\* : \_\_\_\_\_ Nationalité\* : \_\_\_\_\_ Si né à l'étranger : Nom - Prénom du père : \_\_\_\_\_

Nom - Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Classement : \_\_\_\_\_ Points : \_\_\_\_\_  
( si reprise d'activité, préciser le dernier classement connu, les points et l'année )

Adresse \* : \_\_\_\_\_

Code Postal \* : \_\_\_\_\_ Ville \* : \_\_\_\_\_

Téléphone Fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone Portable : \_\_\_\_\_

Courriel \* : \_\_\_\_\_

|                                      |                                      |                                         |                                       |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| Dirigeant : <input type="checkbox"/> | Encadrant : <input type="checkbox"/> | Arbitre / JA : <input type="checkbox"/> | Technicien : <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|

Contrôle d'Honorabilité : Si au moins une des 4 cases ci-dessus est cochée : ☐ Le licencié a été informé et a compris l'objet de ce contrôle \*\*

|                                                                                   |                                                                                    |                                                                                      |                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Vétérant</b> : <input type="checkbox"/><br><small>né en 1985 et avant</small>  | <b>Sénior</b> : <input type="checkbox"/><br><small>du 01/01/86 au 31/12/06</small> | <b>Junior</b> : <input type="checkbox"/><br><small>du 01/01/07 au 31/12/10</small>   |                                                                                 |
| <b>Cadet</b> : <input type="checkbox"/><br><small>du 01/01/11 au 31/12/12</small> | <b>Minime</b> : <input type="checkbox"/><br><small>du 01/01/13 au 31/12/14</small> | <b>Benjamin</b> : <input type="checkbox"/><br><small>du 01/01/15 au 31/12/16</small> | <b>Poussin</b> : <input type="checkbox"/><br><small>né en 2017 et après</small> |

Les données à caractère personnel (nom, prénom, date de naissance, sexe, nationalité, adresse postale, courriel) sont indispensables à la délivrance de votre licence par la FFTT. Par la présente demande de licence, vous êtes informé de la publication de vos résultats obtenus au cours des compétitions en lien avec celle-ci sur les supports officiels de la FFTT ou agréés par celle-ci. Ces résultats feront apparaître vos nom, prénom, catégorie d'âge et club.

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Certification médicale :</b><br>( mention obligatoire * )                  | <input type="checkbox"/> Je joins un certificat médical de pratique sportive de moins d'un an à la date de cette demande, établi par le médecin sur papier libre ou sur l'imprimé 25-9                                                                                                                               |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> J'ai fourni, si je suis vétéran, un certificat médical lors de mon précédent changement de catégorie sportive. J'ai pratiqué sans discontinuité et je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical ( formulaire 25-10-1 ) |
| <b>* Vous devez cocher obligatoirement une de ces cinq cases et une seule</b> | <input type="checkbox"/> Je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical pour les majeurs seulement ( n°25-10-1 ) si je suis majeur de moins de 40 ans                                                                                             |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> Je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical pour les mineurs seulement ( n°25-10-2 )                                                                                                                                  |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> Je ne joins pas de certificat médical ni d'attestation certifiant avoir répondu "non" à toutes les questions d'un auto-questionnaire médical et je disposerai d'une licence ne me permettant pas la pratique sportive                                                                       |

|                                                  |                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Assurances :</b><br>( mention obligatoire * ) | <input type="checkbox"/> J'atteste avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance ainsi que de la possibilité de souscrire une garantie complémentaire ( voir document 25-2-2 ) |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**\* Vous devez cocher obligatoirement la case de prise de connaissance du document 25-2-2, et compléter ce dernier.**

### Protection des données

En vertu du droit à l'oubli, vous avez le droit de demander à la FFTT l'effacement de vos données à caractère personnel (nom, date de naissance, sexe, nationalité, adresse postale, téléphone, courriel). Pour cela, merci de vous adresser à votre organisme gestionnaire.

En cas de non renouvellement de licence, ces données à caractère personnel seront conservées par la FFTT jusqu'à la fin de la saison suivante ; elles seront ensuite inaccessibles.

### Signature du titulaire ou du représentant légal ( pour les mineurs )

- ☐ J'accepte que mes coordonnées ( adresses postales, mail, téléphones ) soient utilisées par la FFTT à des fins associatives ( Opt-in FFTT )
- ☐ J'accepte que mes coordonnées ( adresses postales, mail, téléphones ) soient utilisées par la FFTT à des fins commerciales ( Opt-in Partenaires )
- ☐ Je refuse le contrôle d'honorabilité (si coché, je ne serai pas habilité à exercer des fonctions dirigeantes, d'encadrement ou d'arbitrage )
- ☐ Je refuse à la fédération la prise de vues et l'utilisation de celles-ci dans le cadre des publications fédérales, dans le respect de la personne

Fait à ..... le ..... Signature


**MAIF garantit l'ensemble des licenciés de la Fédération Française de Tennis de Table**

Le soussigné déclare avoir pris connaissance de l'extrait des conditions générales proposées par la FFTT figurant sur le site WEB de la FFTT à l'adresse [www.fftt.com](http://www.fftt.com), rubrique « administratif » et des assurances qui lui sont proposées, notamment une assurance dommage corporel de base et garanties complémentaires.

**L'assurance dommage corporel "garantie de base" au tarif de :**

- 0,38 € pour les vétérans,
- 0,38 € pour les séniors,
- 0,10 € pour les juniors, cadets, minimes, benjamins, poussins

**Pourquoi souscrire une garantie individuelle accidents ?**

Parce que la garantie Responsabilité Civile ne garantit pas vos propres dommages.

Parce que la souscription de cette assurance vous offre de nombreux avantages pour une cotisation minimale ; **ce montant étant compris dans le prix de la licence fédérale**, de chaque catégorie.

Parce que vous pourrez percevoir un capital ou un remboursement de frais médicaux en complément des indemnités versées par votre organisme social.

Parce que vous serez garanti sans franchise en complément de la sécurité sociale, pour vos frais médicaux et pour des prestations tel le forfait journalier, des frais de transport non pris en charge par la sécurité sociale et pour des frais dentaires (selon barème prévu au contrat).

Parce que vous pouvez profiter des garanties complémentaires à tarif négocié par la Fédération.

**Une pratique sportive vous expose nécessairement à des dommages corporels et il est donc important de se protéger par la souscription d'une assurance adaptée, à tarif négocié par la Fédération.**

**Vous devez obligatoirement valider un des deux choix présents ci-dessous :**

Je souhaite souscrire à la garantie facultative de base «dommage corporel» ; 0,38 € pour les vétérans et séniors, 0,10 € pour les catégories jeunes ( **inclus dans le tarif de la licence** )

Je ne souhaite pas souscrire à la garantie facultative de base « dommage corporel ». Je demande le remboursement du montant de la prime d'assurance correspondante, tel que prévu dans la circulaire administrative, et ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « dommage corporel ».

Le soussigné qui ne souhaite pas souscrire à l'assurance « dommage corporel » proposée reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de ses participations aux matchs. Il déclare expressément avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'assurance exposées ci dessus.

**Possibilité de souscrire aux garanties complémentaires si adhésion à la garantie de base « Assurance Dommage Corporel »**

| Garanties                                                   | Garantie Bronze    | Garantie Argent    | Garantie Or        |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Capitaux décès                                              | 10000 € / sinistre | 20000 € / sinistre | 30000 € / sinistre |
| Capitaux invalidité permanente en cas d'accidents corporels | 20000 € / sinistre | 40000 € / sinistre | 50000 € / sinistre |
| Indemnité journalière ( durée maxi. 360 jours )             | NEANT              | 15 €/jour          | 25 €/jour          |
| Frais médicaux                                              | NEANT              | NEANT              | NEANT              |
| Cotisations complémentaires T.T.C par Licencié              | 5 €                | 8 €                | 15 €               |

Pour obtenir plus de renseignements sur les garanties complémentaires, vous pouvez consulter la "Notice individuelle dommages corporels à l'attention des adhérents titulaires d'une licence FFTT" présente sur l'espace assurance du site fédéral.

**Vous devez obligatoirement valider un des deux choix présents ci-dessous :**

**Je souhaite souscrire** la garantie complémentaire **Bronze, Argent ou Or ( barrer les mentions inutiles )** qui complètera, en cas d'accident corporel, la garantie de base de la licence. J'intègre la cotisation de complémentaire de 5 € (Bronze), 8 € (Argent) ou 15 € (Or) pour la saison 2025/2026 au règlement de ma cotisation club. J'ai bien noté que la garantie serait acquise à compter de la date de souscription jusqu'à la fin de la période de validité de ma licence.

**Je ne souhaite pas souscrire** cette garantie complémentaire.

Le formulaire de souscription est disponible en consultation et téléchargement sur le site fédéral dans la rubrique "Jouer", sous-menu "Licences", onglet "Assurance", <https://www.fftt.com/site/jouer/licences/assurance>

Il est également disponible par écrit auprès du responsable de votre club et sur simple demande auprès de votre comité, votre ligue ou de la FFTT.

# Questionnaire de Santé pour Majeur



N° 25-10-1

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire :

- Si vous êtes majeur de moins de 40 ans et n'évoluez pas en catégorie Vétéran ;
  - Si vous évoluez en catégorie Vétéran, avez présenté un certificat médical lors de votre accession ou votre dernier changement de catégorie Vétéran et avez été licencié en continu depuis cette date, avec la mention "certificat médical présenté".
- L'accession à la catégorie Vétéran, ou tout changement de catégorie Vétéran implique la présentation d'un nouveau certificat médical daté de moins d'un an

| Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.<br>Durant les 12 derniers mois : |                                                                                                                                                                                                                         | Oui                      | Non                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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 ) ?                                                                                                      | <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. ), survenue 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 ?                                                                                                                                    | <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.**



N° 25-10-1

## ATTESTATION

( Coupon à découper et à joindre avec la demande de licence )

Je soussigné :

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

N° de licence : \_\_\_\_\_

déclare avoir pris connaissance des différents cas de figure me permettant d'utiliser un autoquestionnaire, avoir précédemment fourni un certificat médical si j'ai plus de 40 ans ou suis en catégorie Vétéran 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 FTT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FTT ne pourra être recherchée.

Certificat médical précédent :

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Date et signature du titulaire ou du représentant légal

# Questionnaire de Santé pour Mineur

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si êtes mineur au moment de la prise de la licence

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille ☐ un garçon

Ton âge:  ans

| Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.  |                                                                                                                                                                                                                         | Oui                      | Non                      |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois :</b>                  |                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 1                                                     | Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2                                                     | As-tu été opéré(e) ?                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3                                                     | As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4                                                     | As-tu beaucoup maigri ou grossi ?                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5                                                     | As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6                                                     | As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7                                                     | As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8                                                     | As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9                                                     | As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10                                                    | As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11                                                    | As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12                                                    | As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Depuis un certain temps : (plus de 2 semaines)</b> |                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 13                                                    | Te sens-tu très fatigué(e) ?                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14                                                    | As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15                                                    | Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16                                                    | Te sens-tu triste ou inquiet ?                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17                                                    | Pleures-tu plus souvent ?                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18                                                    | Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Aujourd'hui :</b>                                  |                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 19                                                    | Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20                                                    | Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21                                                    | Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Questions à faire remplir par tes parents :</b>    |                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 22                                                    | Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23                                                    | Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24                                                    | Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?<br>(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié et de son représentant légal.

**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 attestez en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de 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 : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

N° de licence : \_\_\_\_\_

déclare 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.

Date et signature du joueur mineur

Date et signature du représentant légal obligatoire

# **HORAIRES DES SEANCES D'ENTRAINEMENT**

**SAISON 2025 - 2026**

**Gymnase Jean ROSTAND**

**Rue de l'Hermite**

**91490 MILLY LA FORET**

**Entraînement:** Lundi de 20h30 à 22h30 => Adultes

Vendredi de 17h30 à 20h => Jeunes

**Compétitions:** Lundi de 20h30 à 23h30 => Compétitions UFOLEP

Vendredi à partir de 20h30 => Compétitions FFTT et UFOLEP et Loisir

## **COMPLEXE SPORTIF DES ROCHES**

**Rue du Stade**

**91720 MAISSE**

**Entraînement:** Jeudi de 18h à 20h => Jeunes

Jeudi de 20h à 22h30 => Adultes

**Compétitions:** Jeudi de 20h à 23h30 => Compétitions UFOLEP Adultes

Dimanche de 10h à 12h => Jeunes et Adultes

**Compétitions Jeunes FFTT ou Entraînement**

Samedi 14h30 à 18h00

### **Rappel Important**

Le tennis de table étant un sport comme tout autre, une tenue sportive est obligatoire.

De même, que des chaussures spécifiques et propres sont obligatoires pour les sols des gymnases que nous utilisons.

Merci de votre compréhension

**Reprise des entraînements: Jeudi 11 Septembre 2025 à Maisse**