

Mélorienne Tennis de Table

Demande d'inscription

Saison 2024 / 2025

Pour cela, il vous faut nous remettre un **dossier COMPLET**, comprenant

- ☞ le feuillet "Dossier de demande d'adhésion 2024-2025" ci-joint complété et signé par l'adhérent (et ses parents ou représentant légal pour les mineurs).
- ☞ pour les mineurs, le feuillet "Autorisation parentale" ci-joint, complété et signé par un parent ou un représentant légal.
- ☞ un certificat médical de moins d'un an à la date de cette demande autorisant la pratique d'une activité sportive, et précisant "Tennis de Table". La validité de ce certificat sera de 3 ans.
Ce certificat peut être remplacé par l'attestation des annexes 24.10.1 ou 24.10.2 (jointes à ce dossier) suivant la situation personnelle de l'adhérent.
- ☞ le règlement de la cotisation (chèque, espèce, coupon sport, chèque Vacances ANCV et ANCV Connect dématérialisé, Pass-sport contre remise du code individuel)
- ☞ une enveloppe timbrée pour les adhérents désirant une attestation de paiement par courrier.

Les tarifs pour l'année 2024 / 2025 sont les suivants :

- | | | | |
|------------------------|------|----------------------------|-------|
| - Jeunes en loisirs : | 70 € | - Jeunes en compétition : | 90 € |
| - Adultes en loisirs : | 70 € | - Adultes en compétition : | 120 € |

Les jours d'entraînement sont les suivants :

1. JEUNES : Ecole de Tennis de Table :

- **Jeunes loisirs : Mardis de 17h15 à 18h45.** groupe entraîné par Jean Pierre PICHOT et un éducateur sportif départemental de l'agglo de St Malo
- **Jeunes compétition : Mardis de 18h30 à 20h :** groupe entraîné par Marc NODARI, entraîneur diplômé, qui entraîne déjà les jeunes de Roz-Baguer et St Jouan.

2. ADULTES :

- **Adultes Compétition : Mardis et Jeudis de 20h à 22h** (sauf les mardis ou il y a compétition)
- **Adultes Compétition et Loisirs : Vendredis de 20h à 22h** (sauf les vendredis ou il y a compétition)

3. TOUTES CATEGORIES ET AGES

- **Samedis de 10h30 à 12h**

Equipement vestimentaire : il est indispensable que lors des compétitions, chaque joueur porte le maillot de la Mélorienne Tennis de Table . Vous devez acquérir ce maillot au prix de 13 € auprès des responsables du club.Son règlement se fera avec le règlement de la licence.

Contacts : **J P PICHOT :06 95 81 52 24 D MAHE : 07 44 59 15 34**
Adresse mail : melorienne.tt@gmail.com

Dossier de demande d'adhésion

Saison 2024 / 2025

Fiche de renseignement (au nom de l'adhérent) Ecrire en majuscule

Nom : Prénom :

Date de naissance : Femme Homme

Adresse :

Code postal / Ville :

Téléphone : Portable :

Adresse e-mail (utilisé pour la communication interne)

Ma demande d'adhésion 2024/2025 est un (une) 1^{ère} demande Renouvellement N° licence.....

Reprise d'activité N° licence..... Transfert Mutation

Si ancien joueur : Classement : Club : Année d'arrêt :

Classe d'âge du demandeur Vétéran né en 1984 et avant Sénior né de 1985 à 2005 Junior né de 2006 à 2009

Cadet né de 2010 à 2011 Minime né de 2012 à 2013 Benjamin né de 2014 à 2015 Poussin né en 2016 et après

Je soussigné(e) souhaite jouer à La Mélorienne Tennis de Table en :

JEUNES LOISIRS JEUNES COMPETITION

ADULTES LOISIRS ADULTES COMPETITION JEUNES ET ADULTES COMPETITION

Dans l'équipe : JEUNES du samedi D3 du mardi D3 du vendredi D4 du mardi D4 du vendredi

Je désire une attestation de paiement par mail par courrier (joindre une enveloppe timbrée)

CERTIFICATION MEDICALE (vous devez cocher obligatoirement une de ces trois cases et une seule en LOISIRS)

Je joins en 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 24-9

J'ai fourni pour la saison 2023/2024 ou 2022/2023 un certificat médical. Celui-ci a moins de 3 ans à la date de cette demande, et je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu « non » à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical (formulaire 24.10:1)

Je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu « non » à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical pour les mineurs seulement (formulaire 24.10.2)

Date et signature de l'adhérent

Date et signature des parents ou du représentant légal pour les mineurs

Cadre réservé au club

Montant du paiement :

Moyen de paiement : Espèce Chèque + coupon sport + Pass'sport Chèque vacances

Autorisation parentale (pour les mineurs)

Saison 2024/ 2025

Je soussigné, Madame, Monsieur,....., habitant à

(adresse).....

(code postal)..... (ville) autorise mon enfant

(nom et prénom)

à rentrer seul(e) après les séances

à être pris(e) en photo, le club pouvant diffuser tout document avec image concernant mon enfant dans le cadre de sa pratique pongiste (ouest-France, bulletin municipal, site web du club, tous documents créés et diffusés par le club)

à faire pratiquer les soins d'urgence (hôpital) en cas d'accident

!

Informations médicales : *J'informe le club de la surveillance médicale à observer par les encadrants du club (régime alimentaire, allergies, autres).*

Asthme : Oui Non

Allergies : Oui Non

si oui, précisez la nature et la conduite à tenir :

.....
.....
.....
.....

Autres informations médicales :

.....
.....
.....

Je certifie que j'ai une assurance voiture en règle au moment de transporter des adhérents du club dans mon véhicule sachant qu'il sera demandé aux parents de transporter dans leur véhicule, en tant que de besoins, les jeunes joueurs pour les déplacements à l'extérieur dans le cadre des compétitions

Signature des parents ou du représentant légal

Questionnaire de Santé pour Majeur

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si vous êtes majeur et avez un certificat médical datant de moins de trois ans, et si vous avez été licencié en continu depuis cette date, avec la mention "certificat médical présenté".

Un certificat médical ne peut être prolongé plus de deux fois avec un questionnaire de santé.



N° 24-10-1

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.

Durant les 12 derniers mois :

Oui Non

| | | | |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? | <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"/> |
| 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.), 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° 24-10-1

ATTESTATION

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

Je soussigné :

NOM : _____

PRENOM : _____

N° de licence : _____

déclare avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à ce jour (le certificat médical devra avoir été prolongé au maximum 2 fois par un questionnaire de santé et dans la continuité) 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 |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| Durant les 12 derniers mois : | | | |
| 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"/> |
| Depuis un certain temps : (plus de 2 semaines) | | | |
| 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"/> |
| Aujourd'hui : | | | |
| 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"/> |
| Questions à faire remplir par tes parents : | | | |
| 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 ? (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 atteste 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