

FICHE D'ADHESION SAISON 2019/2020

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TEL FIXE :

TEL PORTABLE :

ADRESSE INTERNET :

TARIFS LICENCES : (une remise de 20€ est faite à tous les membres du comité)

Adultes- juniors compétitions :	100€
Adultes loisirs :	80€
Poussins à Cadets (2005 à 2011 et après) :	80€
Baby-Ping :	60€
Ping sur Florange :	50€
Ping Gym :	90€

Je désire participer au critérium fédéral cette saison : **OUI – NON** (barrer la mention inutile)

TARIFS CRITERIUM FEDERAL:

Adultes :	38€
Minimes / Cadets / Juniors :	21,10€
Poussins / Benjamins :	8€

COJEP:

Le club participe aux compétitions du COJEP qui sont totalement amicales (aucuns points en jeu) et se déroulent le soir en semaine pour la plupart. Afin d'engager ou non des équipes en COJEP, merci de nous dire si vous souhaitez y participer ou non.

Je désire participer aux compétitions COJEP cette saison : OUI – NON (barrer la mention inutile)

Je joins à cette fiche, le règlement de ma cotisation (et du critérium fédéral éventuellement) qui est de Euros.

Possibilité de faire 2 ou 3 chèques (qui seront encaissés suivant les dates que vous indiquerez) lors de votre inscription

Afin de pouvoir valider votre licence, veuillez nous fournir le questionnaire de santé signé ou un certificat médical de Non contre-indication à la pratique du tennis de table si besoin. Pour les joueurs compétitions, le questionnaire ou le certificat médical devra être donné au plus tard le jour de l'assemblée Générale en même temps que le règlement de la cotisation

ATTENTION : VOTRE LICENCE NE SERA VALIDÉE QUE SI LE PAIEMENT TOTAL DE VOTRE COTISATION EST EFFECTUÉ.

DROIT A L'IMAGE :

Je, soussigné,.....,
représentant légal de

AUTORISE SANS RESERVE

N'AUTORISE PAS

le TFOCTT à disposer pleinement et irrévocablement des images fixes ou en mouvement me représentant ainsi que des éléments sonores dont je suis l'émetteur et à utiliser mes noms et prénoms à des fins d'exploitation.

Toute personne ayant un droit exclusif sur son image et l'utilisation qui en est faite, à défaut d'accord de votre part dans le cadre de la présente autorisation, son image ne pourra faire l'objet d'une quelconque fixation, utilisation, diffusion ou commercialisation.

Dans ce cas, son visage sera flouté ou une ombre sera insérée.

Fait à _____, le _____

Lu et approuvé

Signature :

FICHE SANITAIRE

Médecin traitant :

N° et nom de voie :

Code postal / Ville :

N° de téléphone :

Particularité que vous voudriez nous signaler (asthme, allergie,)

Personnes à prévenir en cas d'urgence :

Nom - Prénom	Tél domicile	Tél mobile	E-mail
1			
2			
3			