



PROVINCE :

AFFILIATION - 2014/2015

1. A REMPLIR PAR L'AFFILIE

Cercle sportif Indice

Nom

Prénom

Rue N° Bte

C.P. Localité

Nationalité Sexe F M Date de naissance

Téléphone G.S.M. Mail

PARTICIPATION AUX COMPETITIONS OFFICIELLES

Joueur ☐ Joueuse ☐ Cette dame doit figurer sur la liste des forces Messieurs OUI NON (Cocher la mention utile)

PAS DE PARTICIPATION AUX COMPETITIONS OFFICIELLES

Non-Joueur ☐ Non-Joueuse ☐ (Cocher la mention utile)

Licence A ☐ (Cocher la mention utile) **N.B.:** - 12 ans au 31/12 de la saison en cours
compétitions promotionnelles et activités au sein du cercle sportif

DECLARATION

(cocher
obligatoirement la
mention utile)

☐

J'affirme sur l'honneur n'avoir jamais été affilié à aucune fédération

☐

J'ai été affilié(e) en à la Fédération où mon classement était

Pour tous les affiliés :

Je soussigné, déclare avoir pris connaissance des Statuts
et Règlements de l'Aile Francophone de la F.R.B.T.T.,
de la réglementation sur le dopage et m'y soumettre sans
restriction ainsi qu'aux stipulations du contrat d'assurance
souscrit par l'Aile Francophone de la F.R.B.T.T.

LE CERCLE SPORTIF

pour visa,

Signature du secrétaire

Pour les affiliés mineurs seulement :

Je soussigné, père, mère ou représentant légal de
l'intéressé déclare marquer mon accord
à cette affiliation.

Date

Signature

Date

Signature

2. A REMPLIR PAR LE MEDECIN

(valable à partir du 01/05/2014)

Je soussigné Docteur en Médecine

certifie avoir examiné ce jour :

M.

De cette anamnèse et de cet examen, il résulte que l'intéressé(e) est
à la pratique du Tennis de Table en ce compris l'entraînement et la mise en condition physique.

APTE

INAPTE

Le

**Ce document sera encodé
par la Fédération**

Signature et cachet du médecin