



PROVINCE :

AFFILIATION - 2016/2017

1. A REMPLIR PAR L'AFFILIE

Cercle sportif

Indice

Nom

Prénom

Rue

N°

C.P.

Bte

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

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

(cocher

obligatoirement la mention utile)

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,

Pour les affiliés mineurs seulement :

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

Signature du secrétaire

Date

Signature

Date

Signature

2. A REMPLIR PAR LE MEDECIN

(valable à partir du 01/05/2016)

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

3. CE DOCUMENT EST A RENVOYER AU SIEGE DE LA FEDERATION

AFFRBTT - Rue Pierre du Diable, 46 à 5100 JAMBES