

# Dossier d'inscription saison 24-25



## 1 Fiche d'inscription

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

@ :

Code postal de Naissance :

Ville de Naissance :

Taille haut :

Taille bas :

Pièces à fournir ( Dossier complet uniquement à remettre à Frédéric )

1. Fiche d'inscription entièrement remplie
2. Droit à l'image complété
3. Règlement de la cotisation à l'ordre du PCTT ( possibilité d'étaler le paiement )
4. Assurance complémentaire facultative choisie
5. Certificat médical avec la mention en compétition pour les compétiteurs ou attestation de santé

Je souhaite pratiquer en :

- Compétition
- Loisirs

En compétition, je souhaite si possible pratiquer en :

- Départementale 1
- Départementale 3
- Départementale 4
- Challenge (Comité ou Pen Ar Bed )
- Critérium Fédéral
- Championnat Jeune ( Nous Demandons aux Parents d'Effectuer les Déplacements )

!! Vous souhaitez jouer d'avantage, composez votre équipe challenge !!

## 2 Droit à l'image

- J'autorise le club PCTT à utiliser mon image ou celle de mon enfant sur tous supports dans le cadre des activités de l'association
- Je refuse l'utilisation de mon image ou de celle de mon enfant par l'association PCTT

## 3 Règlement de la cotisation

Cotisations 2024-2025 ( - 10€ à partir d'une 2ème licence de la même famille )

 Fédération Française de Tennis de Table	Adultes compétiteurs ( 2006 et avant )	Jeunes ( 2016 à 2007 )	Ping 5 à 7 ans ( 2019 à 2017 )	Adultes loisirs ( 2006 et avant )
<b>Cotisation club</b>	115 €	115 €	80 €	95 €
<b>Critérium Fédéral</b>	34 €	0 €	X	X

Utilisation des questionnaires de santé : en PJ

Si une case « OUI » est cochée, il faudra un certificat médical obligatoirement.  
Sinon, joindre que l'attestation et conserver le questionnaire.  
Pour une première licence **adulte**, un certificat médical est obligatoire.

## 4 Assurance complémentaire facultative

Attestation : en PJ

Vous souhaitez une assurance complémentaire, merci de joindre le montant correspondant à votre choix et nous joindre l'attestation complétée.  
Vous ne souhaitez pas d'assurance complémentaire veuillez cocher *je souhaite souscrire à la garantie facultative de base et je ne souhaite pas souscrire cette garantie complémentaire.*

Fait à :

Le

Signature du représentant légal