# FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2020-2021 RECTO / VERSO

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

Date de naissance : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

Téléphone fixe : ..... Portable : - Mère : .....

- Père : .....

E.mail : .....@.....

Déjà licencié dans un autre club : Nom du club : .....

Responsable légal pour un mineur : - Nom et Prénom : .....

- Tél : .....

- Email : .....

---

**DROIT A L'IMAGE :**

☐ oui

☐ non

- Je souhaite être informé des dates d'ouverture prioritaire pour les licenciés de la billeterie Roland Garros et Rolex Paris Masters, des activités, offres et services de le FFT: ☐ oui ☐ non

- Offres des partenaires selectionnés de la FFT : ☐ oui ☐ non

- En recherche de partenaires : ☐ oui ☐ non

---

**FORMULES ET REGLEMENT DE LA COTISATION :**

| | | |
|---|---|---|
| ☐ adultes (> ou = 18 ans) | 87 euros | (né avant le 01/01/2003) |
| ☐ couple | 142 euros | |
| ☐ étudiant | 55 euros | |
| ☐ jeune < 18 ans | 50 euros | (né après le 01/01/2003) |
| ☐ parent /enfant | 40 euros | (enfant niveau violet à orange) |
| ☐ offre découverte | 40 euros | |
| ☐ tennis tonic | 40 euros | |

**REDUCTIONS :**

⇨ -20 % à partir du 3ème membre de la famille

⇨ - 30 euros avec carte PASS REGION N° .....

---

**REGLEMENT :**

☐ espèces

☐ chèque

☐ coupon sport / ANCV

**MONTANT :** ..... Euros

# RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

**1er cas :** **Pour une nouvelle licence :**

**CERTIFICAT MEDICAL OBLIGATOIRE** (doit être mentionné "apte à la pratique du tennis y compris en compétition")

**2ème cas :** **Pour un renouvellement :**

Le certificat médical est valable sur une durée de 3 saisons dans les deux conditions suivantes :

- l'intéressé doit conserver sa qualité de licencié d'une saison sur l'autre.
- l'intéréssé doit répondre chaque saison à un questionnaire de santé QS-SPORT et attester d'une **réponse négative à toutes les questions**.

Par la présente je confirme (ou mon représentant légal) avoir pris connaissance du questionnaire et j'atteste avoir :

☐ répondu **NON** à toutes les questions; dans ce cas vous n'avez pas d'obligations médicales supplémentaires.

☐ répondu **OU**I à une ou plusieurs questions; dans ce cas veuillez nous fournir un nouveau certicat médical établi par votre médecin.

ou ☐ fourni un certificat médical daté du ……

---

**Le représentant légal (pour un licencié mineur ) ou le licencié majeur certifie que les informations figurant sur le présent document ainsi que les pièces fournies sont exactes.**

NOM, Prénom : ……..

Le : ……./……./…….

Signature :