



A.S.C. Tennis de Table  
 4, rue de la Pagnolée- 14123 CORMELLES LE ROYAL  
 Association n° : W142012077 - SIRET : 831 473 061 00016 - APE : 9312Z  
 Tél. : 06 99 69 62 30 (Gisèle TIPHAIGNE) - 06 12 21 28 04 (Richard COLLOT)  
 esc.gisele@gmail.com - www.ascormellestt.com



## Saison 2024-2025

Chères et Chers Pongistes,

**La reprise des entraînements se fera à compter du :**

**LUNDI 02 SEPTEMBRE 2024 - 19h30 pour les adultes**

**MERCREDI 11 SEPTEMBRE 2024 - A partir de 11h15 pour les jeunes**

Les **inscriptions** ont lieu lors des entraînements, de 19h30 à 20h30 pour les adultes et le mercredi de 15h45 à 19h00 pour les jeunes et ados.

Les documents à fournir sont les suivants :

- photo d'identité,
- certificat médical pour les nouveaux adultes licenciés ou l'attestation questionnaire santé pour ceux ayant fourni un certificat médical de moins de 3 ans,**
- Pour les mineurs : questionnaire santé ou certificat médical,**
- fiche d'inscription,
- attestation parentale (*pour les mineurs*),
- règlement (*bons / chèques vacances, @too et Pass'Sport CAF 2024 acceptés*).

### LES COTISATIONS

|   | Cornellois     | Non Cornellois |
|---|----------------|----------------|
| Adultes Compétition 18 ans et plus                                      | 125,00€        | 140,00€        |
| Adultes Loisirs hors compétition <b><u>avec entraînement dirigé</u></b> | 105,00€        | 120,00€        |
| Adultes Loisirs hors compétition <b><u>entraînement libre</u></b>       | 75,00€         | 90,00€         |
| <b>Jeunes Compétition moins de 18 ans</b>                               | <b>110,00€</b> | <b>125,00€</b> |
| <b>Jeunes Loisirs moins de 18 ans</b>                                   | <b>100,00€</b> | <b>115,00€</b> |
| Licenciés dans un autre club de Tennis de Table                         | 70,00€         | 70,00€         |

***Critériums, compétitions individuelles adultes, critériums jeunes : à la charge des joueurs  
 Circuits et championnats jeunes : pris en charge en totalité par le club***

### LES ENTRAÎNEMENTS

|          |   |  |
|----------|---|--|
| Lundi    | 19h30 à 23h00<br>(Entraînement dirigé de 19h30 à 21h00) | Adultes compétition et loisirs   |
| Mardi    | <b>16h00 à 17h30</b>                                    | <b>Section Handisport</b>  |
|          | <b>18h00 à 19h30</b>                                    | <b>Jeunes / Ados compétition et confirmés</b>                          |
|          | 19h30 à 23h00<br>(Entraînement libre)                   | Adultes compétition et loisirs   |
| Mercredi | <b>10h00 à 11h00</b>                                    | <b>Section Parkinson / Sport Santé</b>                                 |
|          | <b>11h15 à 12h15</b>                                    | <b>Ping Éveil (enfant de 4 ans à 7 ans)</b>                            |
|          | <b>15h45 à 17h45</b>                                    | <b>Jeunes débutants</b>  |
|          | <b>18h00 - 20h00</b>                                    | <b>Jeunes / Ados compétition et confirmés</b>                          |
|          | 19h30 à 23h00<br>(Entraînement libre)                   | Adultes compétition et loisirs   |
| Jeudi    | <b>18h00 - 19h30</b>                                    | <b>Jeunes / Ados compétition et confirmés</b>                          |
|          | <b>Nouveau créneau :<br/>19h45 - 21h15</b>              | <b>Entraînement dirigé pour les joueurs<br/>évoluant en régionales</b> |
|          | 19h30 à 23h00<br>(Entraînement libre)                   | Adultes compétition et loisirs   |

***Sections Parkinson, Sport Santé, Sport Adapté et Handisport pour les jeunes/ados et adultes.***



**ASC TENNIS DE TABLE**  
**Fiche d'inscription**  
**2024-2025**

NOM et Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

Nationalité : Française  Autre (préciser) : .....

Avez-vous déjà été licencié dans un autre club de Tennis de Table ?

Non  Oui

Si « Oui », nom du club et année) : .....

Adresse :

.....  
.....

Tél. fixe : .....

Tél. portable : .....

E-mail : .....

**Droit à l'image**

- J'autorise  Je n'autorise pas  
les adultes professionnels et bénévoles de l'ASC Tennis de Table à utiliser mes  
photographies prises au cours des activités pour diffusion (presse/journal, site Internet,  
page Facebook du club, reportages...).

Profession / classe / études :

.....

*Maillot du club prêté (\*) pour les joueurs évoluant en championnat par équipe :*

Taille : .....

(\*) : Cf. contrat à signer.

COTISATION

|   | Cormellois     | Non Cormellois | TOTAL |
|---|----------------|----------------|-------|
| Adultes Compétition 18 ans et plus                                  | 125,00€        | 140,00€        |       |
| Adultes Loisirs hors compétition<br><b>avec entraînement dirigé</b> | 105,00€        | 120,00€        |       |
| Adultes Loisirs hors compétition<br><b>entraînement libre</b>       | 75,00€         | 90,00€         |       |
| <b>Jeunes Compétition moins de 18 ans</b>                           | <b>110,00€</b> | <b>125,00€</b> |       |
| <b>Jeunes Loisirs moins de 18 ans</b>                               | <b>100,00€</b> | <b>115,00€</b> |       |
| Licenciés dans un autre club<br>de Tennis de Table                  | 70,00€         | 70,00€         |       |
| TOTAL A REGLER  |                |                |       |

Documents fournis :  Photo  Certificat médical  Autorisation parentale (pour les mineurs)

Réglé le .....

Chèque  Espèces  Bons vacances  @too  Autres (virement, Bons CAF...)



## Autorisation parentale 2024-2025

Nom et prénom du joueur : .....

Numéros de téléphone : Domicile : .....  
 Travail : .....  
 Portable : .....

Je soussigné .....

Représentant légal de l'enfant .....

Autorise       N'autorise pas  
 mon fils / ma fille à participer aux différentes activités **du Club ASC Tennis de Table de Cormelles-le-Royal** durant l'année sportive,

Je m'engage à venir déposer, vérifier la présence d'un responsable ou entraîneur et rechercher mon enfant dans les locaux du Club lors des séances d'entraînement.

Autorise       N'autorise pas  
 les déplacements en voiture pour participer aux diverses compétitions de tennis de table.

Je décharge de toute responsabilité les personnes qui raccompagneront en cas d'accident ou d'incident survenant au cours du trajet ou du séjour.

Autorise       N'autorise pas  
 le ou les responsable(s) présent(s) à prendre toutes les dispositions qu'ils jugeront nécessaires eu cas d'accident (transport, hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.).

Allergies et autres problèmes de santé : .....  
 .....  
 .....

### Droit à l'image

Autorise       N'autorise pas  
 les adultes professionnels et bénévoles de l'ASC Tennis de Table à utiliser mes photographies, m'impliquant ou impliquant mon enfant, prises au cours des activités pour diffusion (presse/journal, site Internet, page **Facebook du Club**, reportages...).

Cormelles-le-Royal, le .....

Signature du tuteur légal

# Questionnaire de Santé pour Mineur

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si êtes mineur au moment de la prise de la licence

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille  un garçon

Ton âge:  ans

| Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.  |   | Oui                      | Non                      |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois :</b>                  |   |                          |                          |
| 1   | Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2   | As-tu été opéré(e) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3   | As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4   | As-tu beaucoup maigri ou grossi ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5   | As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6   | As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7   | As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8   | As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9   | As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10  | As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11  | As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12  | As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Depuis un certain temps : (plus de 2 semaines)</b> |   |                          |                          |
| 13  | Te sens-tu très fatigué(e) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14  | As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15  | Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16  | Te sens-tu triste ou inquiet ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17  | Pleures-tu plus souvent ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18  | Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Aujourd'hui :</b>                                  |   |                          |                          |
| 19  | Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20  | Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21  | Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Questions à faire remplir par tes parents :</b>    |   |                          |                          |
| 22  | Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23  | Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24  | Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?<br>(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié et de son représentant légal.

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Ainsi, il n'est pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du Tennis de Table.

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

**Ce questionnaire est confidentiel et ne doit être remis qu'à un médecin si nécessaire.**

## ATTESTATION

( Coupon à découper et à joindre avec la demande de licence )

Je soussigné :

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

N° de licence : \_\_\_\_\_

déclare avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.

Je sais qu'à travers cette attestation, et comme cela est précisé dans la circulaire administrative de la FFTT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFTT ne pourra être recherchée.

Date et signature du joueur mineur

Date et signature du représentant légal obligatoire



N° 24-10-1

## Questionnaire de Santé pour Majeur

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si êtes majeur et avez un certificat médical datant de moins de trois ans, et si vous avez été licencié en continu depuis cette date, avec la mention "certificat médical présenté".

Un certificat médical ne peut être prolongé plus de deux fois avec un questionnaire de santé.

**Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.**

**Durant les 12 derniers mois :**

Oui Non

|   |  |                          |                          |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante ( asthme ) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Avez-vous eu une perte de connaissance ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée ( hors contraception et désensibilisation aux allergies ) ?             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**A ce jour :**

|   |   |                          |                          |
|---|---|--------------------------|--------------------------|
| 7 | Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire ( fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc. ), survenue durant les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 | Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 | Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Ainsi, il n'est pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du Tennis de Table.

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

**Ce questionnaire est confidentiel et ne doit être remis qu'à un médecin si nécessaire.**



N° 24-10-1

## ATTESTATION

( Coupon à découper et à joindre avec la demande de licence )

Je soussigné :

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

N° de licence : \_\_\_\_\_

déclare avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à ce jour ( le certificat médical devra avoir été prolongé au maximum 2 fois par un questionnaire de santé et dans la continuité ) et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.

Je sais qu'à travers cette attestation, et comme cela est précisé dans la circulaire administrative de la FTT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FTT ne pourra être recherchée.

Certificat médical précédent :

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Date et signature du titulaire ou du représentant légal