



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 2025-2026

Chères et Chers Pongistes,

La reprise des entraînements se fera à compter du :

LUNDI 1er SEPTEMBRE 2025 - 19h30 pour les adultes

MERCREDI 10 SEPTEMBRE 2025 - 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,
- fiche d'inscription,
- **certificat médical ***, ou l'attestation questionnaire santé,

*** : pour les vétérans, valable 5 ans, à condition que le licencié ne change pas de catégorie, Pour les majeurs de moins de 40 ans : attestation questionnaire santé, si réponse positive apportée au questionnaire : certificat médical obligatoire.**

Pour les mineurs : questionnaire santé ou certificat médical et attestation parentale.

Règlement : bons / chèques vacances, @too et Pass'Sport CAF 2025 acceptés

COTISATIONS

	Cormellois	Non Cormellois
Adultes Compétition et Juniors Compétition (nés en 2010 et avant)	125,00€	140,00€
Adultes Loisirs hors compétition avec entraînement dirigé	105,00€	120,00€
Adultes Loisirs hors compétition entraînement libre	75,00€	90,00€
Jeunes Compétition (nés en 2011 et après)	110,00€	125,00€
Jeunes Loisirs moins de 18 ans	100,00€	115,00€
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

ENTRAÎNEMENTS

Lundi	19h30 à 23h00 (Entraînement dirigé de 19h30 à 21h00)	Adultes compétition et loisirs
Mardi	14h45 à 15h45	Section Sport Santé
	16h00 à 17h30	Section Handisport
	18h00 à 19h30	Jeunes / Ados
	19h45 à 21h15 (Entraînement dirigé)	Adultes compétition
	19h30 à 23h00 (Entraînement libre)	Adultes compétition et loisirs
Mercredi	10h00 à 11h00	Section Parkinson / Sport Santé
	11h15 à 12h15	Ping Éveil (enfant de 4 ans à 7 ans)
	15h45 à 17h45	Jeunes débutants
	18h00 - 20h00	Jeunes / Ados compétition et confirmés
	19h30 à 23h00 (Entraînement libre)	Adultes compétition et loisirs
Jeudi	16h45 à 17h45	Section Sport Santé
	18h00 - 19h30	Jeunes / Ados compétition et confirmés
	19h45 - 21h15	Entraînement dirigé pour les joueurs évoluant en régionales
	19h30 à 23h00 (Entraînement libre)	Adultes compétition et loisirs



ASC TENNIS DE TABLE

Fiche d'inscription

2025-2026

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...).

Règlement intérieur

J'ai pris connaissance du règlement intérieur et de la Charte de l'Esprit Sportif de l'ASC Tennis de Table et m'engage à les respecter.

Profession / classe / études :

.....

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

Taille :

(*) : Cf. contrat à signer.

COTISATIONS

	Cornellois	Non Cornellois	TOTAL
Adultes Compétition et Juniors Compétition (nés en 2010 et avant)	125,00€	140,00€	
Adultes Loisirs hors compétition avec entraînement dirigé	105,00€	120,00€	
Adultes Loisirs hors compétition entraînement libre	75,00€	90,00€	
Jeunes Compétition nés en 2011 et après	110,00€	125,00€	
Jeunes Loisirs moins de 18 ans	100,00€	115,00€	
Licenciés dans un autre club 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 2025-2026

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...).

Règlement intérieur

J'ai pris connaissance du règlement intérieur et de la Charte de l'Esprit Sportif de l'ASC Tennis de Table et m'engage à les respecter.

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
Durant les 12 derniers mois :			
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"/>
Depuis un certain temps : (plus de 2 semaines)			
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"/>
Aujourd'hui :			
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"/>
Questions à faire remplir par tes parents :			
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 ? (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

Questionnaire de Santé pour Majeur



N° 25-10-1

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire :

- Si vous êtes majeur de moins de 40 ans et n'évoluez pas en catégorie Vétéran ;

- Si vous évoluez en catégorie Vétéran, avez présenté un certificat médical lors de votre accession ou votre dernier changement de catégorie Vétéran et avez été licencié en continu depuis cette date, avec la mention "certificat médical présenté".

L'accession à la catégorie Vétéran, ou tout changement de catégorie Vétéran implique la présentation d'un nouveau certificat médical daté de moins d'un an

**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 essouffement 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° 25-10-1

ATTESTATION

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

Je soussigné :

NOM : _____

PRENOM : _____

N° de licence : _____

déclare avoir pris connaissance des différents cas de figure me permettant d'utiliser un autoquestionnaire, avoir précédemment fourni un certificat médical si j'ai plus de 40 ans ou suis en catégorie Vétéran 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