

Formulaire également en ligne (avec possibilité de règlement par CB) ici :

<https://www.monquipong.fr/inscription>



## FICHE D'INSCRIPTION

**Nom** (+ nom de naissance le cas échéant) : .....

**Prénom(s)**.....

(on nous demande l'état civil complet...)

Première Licence ☐

OU

Renouvellement ☐

Loisir ☐

OU

Compétition ☐

**! Pour tout ce qui est date de naissance, ville de naissance, sexe, adresse, coordonnées etc... merci de bien compléter le bordereau de licence en page suivante.**

**Remarques particulières** (Allergies, handicap...) ? .....

**Tarifs pour la saison (septembre 2023 à juillet 2024) :**

☐ **LOISIR « JEU LIBRE » : 100€**

☐ **LOISIR ENCADRÉ : 145€\***

☐ 1 entraînement dirigé suppl. : **+25€**

☐ **Mini-Ping** (maternelle+CP) **et Ping-Santé** (retraités) : **105€\***

☐ **COMPETITEUR : 175€\***

☐ 2 entraînements dirigés suppl. : **+40€**

*\* Avec la fin programmée de la subvention Emploi de l'ANS et compte tenu du fait que les tarifs d'adhésion que notre association propose sont bien en dessous de la moyenne constatée dans le département du Rhône (alors que contrairement à bien d'autres clubs nous disposons d'un entraîneur diplômé d'Etat et nous prenons en charge les frais de réception), un rééquilibrage progressif des ressources de l'association est prévu au travers d'une augmentation modérée et lissée sur 3 ans (à raison de 5€/an) des formules embarquant un encadrement de l'activité par notre éducateur sportif. Merci de votre compréhension.*

### Documents nécessaires en complément de cette fiche :

- Pour tous : Le bordereau de demande de licence (cf. ci-joint)
  - Pour les adultes : un certificat médical datant de moins de 3 ans de non-contre-indication à la pratique du tennis de table y compris en compétition ; si le précédent certificat fourni date d'après le 1<sup>er</sup> juillet 2021 il suffit de remplir le questionnaire de santé prévu (cf. ci-joint - choisir la version qui correspond à votre âge).
  - Pour les mineurs : le questionnaire de santé pour mineurs
  - Pour les mineurs encore : l'autorisation parentale/décharge de responsabilité pour les mineurs (cf. ci-joint)
  - Pour tous : la charte Monqui Pong
- + Le paiement de la cotisation

Seule la présente inscription, validée par la remise du dossier complet, signé, accompagné du règlement correspondant et acceptée par notre comité directeur, confère au bénéficiaire la qualité de membre de l'association pendant un an (jusqu'au 31/07/24).

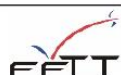
### DROIT A L'IMAGE

J'autorise le club à publier sur son site internet et tout autre support de communication des photos de ma personne ou de mon enfant dans le cadre de l'activité tennis de table.

OUI NON (entourer le choix retenu)

Fait à..... Le .....

Signature :

**N° 23-2****BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCE  
Saison 2023/2024**

Association : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_  
Réservé Ligue ou Comité  
Date de Validation : \_\_\_\_\_Première demande : ☐ Renouvellement : ☐ Reprise d'activité : ☐ Transfert : ☐  
Compétition : ☐ Loisir : ☐ Mutation : ☐N° de licence ( renouvellement ou reprise d'activité ) : \_\_\_\_\_  
Nom d'usage \* : \_\_\_\_\_ Prénom \* : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance \*\* : \_\_\_\_\_ Date de Naissance \* : \_\_\_\_\_  
Pays de naissance \*\* : \_\_\_\_\_ Ville de naissance / Code postal \*\* : \_\_\_\_\_  
Sexe\* : \_\_\_\_\_ Nationalité\* : \_\_\_\_\_ Si né à l'étranger : Nom - Prénom du père : \_\_\_\_\_  
Nom - Prénom de la mère : \_\_\_\_\_  
Classement : \_\_\_\_\_ Points : \_\_\_\_\_  
( si reprise d'activité, préciser le dernier classement connu, les points et l'année )  
Adresse \* : \_\_\_\_\_  
Code Postal \* : \_\_\_\_\_ Ville \* : \_\_\_\_\_  
Téléphone Fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone Portable : \_\_\_\_\_  
Courriel \* : \_\_\_\_\_Dirigeant : ☐ Encadrant : ☐ Arbitre / JA : ☐ Technicien : ☐Contrôle d'Honorabilité : Si au moins une des 4 cases ci-dessus est cochée : ☐ Le licencié a été informé et a compris l'objet de ce contrôle \*\*Vétéran : ☐  
né en 1983 et avantSénior : ☐  
du 01/01/84 au 31/12/04Junior : ☐  
du 01/01/05 au 31/12/08Cadet : ☐  
du 01/01/09 au 31/12/10Minime : ☐  
du 01/01/11 au 31/12/12Benjamin : ☐  
du 01/01/13 au 31/12/14Poussin : ☐  
né en 2015 et après

Les données à caractère personnel (nom, prénom, date de naissance, sexe, nationalité, adresse postale, courriel) sont indispensables à la délivrance de votre licence par la FFTT. Par la présente demande de licence, vous êtes informé de la publication de vos résultats obtenus au cours des compétitions en lien avec celle-ci sur les supports officiels de la FFTT ou agréés par celle-ci. Ces résultats feront apparaître vos nom, prénom, catégorie d'âge et club.

**Certification médicale :  
( mention obligatoire \* )**☐

Je joins un certificat médical de pratique sportive de moins d'un an à la date de cette demande, établi par le médecin sur papier libre ou sur l'imprimé 23-9

☐

J'ai fourni pour la saison 2022-2023 ou pour la saison 2021-2022 un certificat médical. Celui-ci a moins de trois ans à la date de cette demande et je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical ( formulaire 23-10-1 )

☐

Je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical pour les mineurs seulement ( n°23-10-2 )

☐

Je ne joins pas de certificat médical ni d'attestation certifiant avoir répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical ( pour majeur ou pour mineur ) et je disposerai d'une licence ne me permettant pas la pratique sportive

**\* Vous devez cocher obligatoirement une de ces quatre cases et une seule****Assurances :  
( mention obligatoire \* )**☐

J'atteste avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance ainsi que de la possibilité de souscrire une garantie complémentaire ( voir document 23-2-2 )

**\* Vous devez cocher obligatoirement la case de prise de connaissance du document 23-2-2, et compléter ce dernier.****Protection des données**

En vertu du droit à l'oubli, vous avez le droit de demander à la FFTT l'effacement de vos données à caractère personnel (nom, date de naissance, sexe, nationalité, adresse postale, téléphone, courriel). Pour cela, merci de vous adresser à votre organisme gestionnaire.

En cas de non renouvellement de licence, ces données à caractère personnel seront conservées par la FFTT jusqu'à la fin de la saison suivante ; elles seront ensuite inaccessibles.

**Signature du titulaire ou du représentant légal ( pour les mineurs )**☐

J'accepte que mes coordonnées ( adresses postales, mail, téléphones ) soient utilisées par la FFTT à des fins associatives ( Opt-in FFTT )

☐

J'accepte que mes coordonnées ( adresses postales, mail, téléphones ) soient utilisées par la FFTT à des fins commerciales ( Opt-in Partenaires )

☐

Je refuse le contrôle d'honorabilité (si coché, je ne serai pas habilité à exercer des fonctions dirigeantes, d'encadrement ou d'arbitrage)

☐

Je refuse à la fédération la prise de vues et l'utilisation de celles-ci dans le cadre des publications fédérales, dans le respect de la personne

Fait à ..... le ..... Signature

\* : Obligatoire pour tous les licenciés

\*\* : Obligatoire pour tous les dirigeants et éducateurs, fortement conseillé pour les autres licenciés

## CERTIFICAT MÉDICAL POUR LA PRATIQUE DU TENNIS DE TABLE

### Recommandations de la commission médicale :

L'examen médical permettant de délivrer ce certificat :

- engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat (article R.4127-69 du code de la santé publique), seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaires et seul responsable de l'obligation de moyen,
  - ne doit jamais être pratiqué à l'improviste, sur le terrain ou dans les vestiaires avant une compétition, le certificat médical de complaisance est donc prohibé (article R4127-28 du code de la santé publique)
- Le contenu et la rigueur de l'examen doivent tenir compte de l'âge et du niveau du compétiteur

### Adultes :

Le médecin doit tenir compte que les principales contre-indications à la pratique du tennis de table sont :

- l'insuffisance coronarienne aiguë,
- l'insuffisance coronarienne traitée, instable,
- troubles du rythme non stabilisés
- insuffisance cardiaque évolutive
- cardiomyopathie

Toute autre pathologie grave ou chronique est à apprécier avec le médecin traitant.

Les chirurgies articulaires récentes ou prothèses seront des contre-indications temporaires

Il est préconisé une épreuve cardio-vasculaire d'effort et une surveillance biologique élémentaire chez le sujet :

- porteur d'une cardiopathie ou symptomatique
- asymptomatique ayant deux facteurs de risque cardio-vasculaire,
- souhaitant débiter ou reprendre la pratique en compétition, homme de plus de 40 ans, femme de plus de 50 ans,

### Jeunes :

Il est conseillé pour le médecin de :

- tenir compte des pathologies dites « de croissance » et des pathologies antérieures liées à la pratique du tennis de table,
- consulter le carnet de santé
- constituer un dossier médico-sportif
- une mise à jour des vaccinations,

Jeunes : au-delà de 8h de pratique hebdomadaire ou souhaitant rejoindre un programme de détection Fédéral (modèle constitué par la commission médicale)

Recommande la réalisation :

d'un électrocardiogramme de repos,

d'un examen clinique effectué par un médecin du sport, et portant une attention particulière :

- aux troubles de la statique rachidienne pouvant être aggravées par la pratique du tennis de table,
- aux troubles ou aux douleurs articulaires évoquant une maladie de croissance ; notamment au niveau du dos, des coudes, des genoux ou des talons, préférentiellement atteints chez le pongiste.

### Certificat médical

Je soussigné,

Docteur : \_\_\_\_\_ N° Ordre : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné M. : \_\_\_\_\_

Et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la pratique du tennis de table en compétition.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin :

OU



## 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 inexpliquée ?	<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"/>
<b>A ce jour :</b>			
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 attester 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.**



## 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 FFTT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFTT ne pourra être recherchée.

Certificat médical précédent :

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

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Date et signature du titulaire ou du représentant légal



OU



## 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 ? (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 attester 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.**



N° 23-10-2

### 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 FTT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FTT ne pourra être recherchée.

Date et signature du joueur mineur

Date et signature du représentant légal obligatoire



## AUTORISATION PARENTALE / DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je soussigné(e) Mme / M. ...., représentant(e) légal(e) de l'enfant mineur ....., demeurant au ..... à ....., décharge de toute responsabilité toute personne susceptible de transporter mon enfant avec son véhicule personnel dans le cadre d'une activité liée à MONQUI PONG ou dans le cadre d'une « passerelle » mise en place entre l'école et le lieu de pratique du tennis de table,

- autorise mon enfant à participer aux activités de l'association MONQUI PONG (entraînements, compétitions, évènements festifs...)
- autorise mon enfant à suivre la personne en charge de la « passerelle » organisée entre l'école et le lieu de pratique du tennis de table
- déclare décharger de toute responsabilité toute personne susceptible de transporter mon enfant avec son véhicule personnel dans le cadre d'une activité liée à MONQUI PONG
- déclare décharger de toute responsabilité les responsables et entraîneurs du club concernant les blessures et dommages matériels ou corporels occasionnées ou subis par mon enfant, en cas de vol ou de perte de biens ainsi que toute dégradation des sites pouvant lui être imputées.

Ceci est valable pour une année sportive.

Fait à..... Le .....

Le parent signe et écrit « lu et approuvé » (ci-dessous) :

*Pour les groupes de 16h30 à Saint-Germain-au-Mont-d'or (le mardi et le jeudi), si vous souhaitez que votre enfant soit pris en charge par la « passerelle » entre Acti Jeunes et Monqui Pong à 16h30, merci de cocher la ou les cases suivantes :*

- ☐ Je souhaite une prise en charge « aller » (Acti Jeunes > Monqui Pong)  
☐ Je souhaite une prise en charge « retour » (Monqui Pong > Acti Jeunes)

*Pour le groupe de 17h15 à Curis-au-Mont-d'or (le vendredi), si vous souhaitez que votre enfant soit pris en charge par la « passerelle » à 17h, merci de cocher la case suivante :*

- ☐ Je souhaite une prise en charge « aller » (Ecole > Salle du Vallon)



## CHARTRE DU SPORTIF MONQUI PONGISTE

*Les valeurs éducatives et sociales du sport sont des facteurs incontestables d'intégration et de cohésion sociale. Le sport permet aux hommes et aux femmes d'acquérir des valeurs fondamentales de la vie en société que sont le respect de la règle, le sens de l'effort ou encore l'esprit d'équipe.*

*MONQUI PONG soutient ces valeurs et souhaite les faire partager à tous. Afin de permettre à chacun de pratiquer le sport dans de bonnes conditions, les différentes communes et notre association mettent à disposition des sportifs des enceintes de qualité. En ce sens, il est demandé à chacun de respecter la présente charte avec l'ensemble des règles qui y sont mentionnées.*

En adhérant à l'association de Tennis de Table MONQUI PONG, je m'engage à :

- prendre soin des locaux et du matériel
- respecter les différents acteurs de l'association (joueurs, éducateurs, intervenants, bénévoles)
- respecter l'organisation mise en place
- transmettre une bonne image du club en prenant en considération les valeurs qu'il porte :  
**le respect, le fair-play et la convivialité**

En cas de non-respect de ces principes, le bureau de l'association se réunira pour envisager, dans le respect des procédures prévues par la loi, les sanctions possibles pouvant aller jusqu'à la perte du statut de membre de l'association.

Signature de l'adhérent (+ celle des parents pour les mineurs)