

Association : _____ Numéro : _____

Date : _____

Réservé Ligue ou Comité

Date de Validation : _____

Première demande : ☐ Renouvellement : ☐ Reprise d'activité : ☐ Transfert : ☐

Compétition : ☐ Loisir : ☐ Dirigeant : ☐ 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 **

Vétérant : ☐ né en 1986 et avant

Sénior : ☐ du 01/01/87 au 31/12/07

Junior : ☐ du 01/01/08 au 31/12/11

Cadet : ☐ du 01/01/12 au 31/12/13

Minime : ☐ du 01/01/14 au 31/12/15

Benjamin : ☐ du 01/01/16 au 31/12/18

Poussin : ☐ né en 2018 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 26-9

☐ J'ai fourni, si je suis vétéran, un certificat médical lors de mon précédent changement de catégorie sportive. J'ai pratiqué sans discontinuité et je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical (formulaire 26-10-1)

*** Vous devez cocher obligatoirement une de ces cinq cases et une seule**

☐ Je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical pour les majeurs seulement (n°26-10-1) si je suis majeur de moins de 40 ans

☐ 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°26-10-2)

☐ Je ne joins pas de certificat médical ni d'attestation certifiant avoir répondu "non" à toutes les questions d'un auto-questionnaire médical et je disposerai d'une licence ne me permettant pas la pratique sportive

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 26-2-2)

*** Vous devez cocher obligatoirement la case de prise de connaissance du document 26-2-2, 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


MAIF garantit l'ensemble des licenciés de la Fédération Française de Tennis de Table

Le soussigné déclare avoir pris connaissance de l'extrait des conditions générales proposées par la FFTT figurant sur le site WEB de la FFTT à l'adresse www.fftt.com, rubrique « administratif » et des assurances qui lui sont proposées, notamment une assurance dommage corporel de base et garanties complémentaires.

L'assurance dommage corporel "garantie de base" au tarif de :

- 0,38 € pour les vétérans,
- 0,38 € pour les séniors,
- 0,10 € pour les juniors, cadets, minimes, benjamins, poussins

Pourquoi souscrire une garantie individuelle accidents ?

Parce que la garantie Responsabilité Civile ne garantit pas vos propres dommages.

Parce que la souscription de cette assurance vous offre de nombreux avantages pour une cotisation minimale ; **ce montant étant compris dans le prix de la licence fédérale**, de chaque catégorie.

Parce que vous pourrez percevoir un capital ou un remboursement de frais médicaux en complément des indemnités versées par votre organisme social.

Parce que vous serez garanti sans franchise en complément de la sécurité sociale, pour vos frais médicaux et pour des prestations tel le forfait journalier, des frais de transport non pris en charge par la sécurité sociale et pour des frais dentaires (selon barème prévu au contrat).

Parce que vous pouvez profiter des garanties complémentaires à tarif négocié par la Fédération.

Une pratique sportive vous expose nécessairement à des dommages corporels et il est donc important de se protéger par la souscription d'une assurance adaptée, à tarif négocié par la Fédération.

Vous devez obligatoirement valider un des deux choix présents ci-dessous :

- ☐ Je souhaite souscrire à la garantie facultative de base «dommage corporel» ; 0,38 € pour les vétérans et séniors, 0,10 € pour les catégories jeunes (**inclus dans le tarif de la licence**)
- ☐ Je ne souhaite pas souscrire à la garantie facultative de base « dommage corporel ». Je demande le remboursement du montant de la prime d'assurance correspondante, tel que prévu dans la circulaire administrative, et ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « dommage corporel ».
- Le soussigné qui ne souhaite pas souscrire à l'assurance « dommage corporel » proposée reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de ses participations aux matches. Il déclare expressément avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'assurance exposées ci dessus.

Possibilité de souscrire aux garanties complémentaires si adhésion à la garantie de base « Assurance Dommage Corporel »

Garanties	Garantie Bronze	Garantie Argent	Garantie Or
Capitaux décès	10000 € / sinistre	20000 € / sinistre	30000 € / sinistre
Capitaux invalidité permanente en cas d'accidents corporels	20000 € / sinistre	40000 € / sinistre	50000 € / sinistre
Indemnité journalière (durée maxi. 360 jours)	NEANT	15 €/jour	25 €/jour
Frais médicaux	NEANT	NEANT	NEANT
Cotisations complémentaires T.T.C par Licencié	5 €	8 €	15 €

Pour obtenir plus de renseignements sur les garanties complémentaires, vous pouvez consulter la "Notice individuelle dommages corporels à l'attention des adhérents titulaires d'une licence FFTT" présente sur l'espace assurance du site fédéral.

Vous devez obligatoirement valider un des deux choix présents ci-dessous :

- ☐ **Je souhaite souscrire** la garantie complémentaire **Bronze, Argent ou Or** (**barrer les mentions inutiles**) qui complètera, en cas d'accident corporel, la garantie de base de la licence. J'intègre la cotisation de complémentaire de 5 € (Bronze), 8 € (Argent) ou 15 € (Or) pour la saison 2025/2026 au règlement de ma cotisation club. J'ai bien noté que la garantie serait acquise à compter de la date de souscription jusqu'à la fin de la période de validité de ma licence.
- ☐ **Je ne souhaite pas souscrire** cette garantie complémentaire.

Le formulaire de souscription est disponible en consultation et téléchargement sur le site fédéral dans la rubrique "Jouer", sous-menu "Licences", onglet "Assurance", <https://www.fftt.com/site/jouer/licences/assurance>

Il est également disponible par écrit auprès du responsable de votre club et sur simple demande auprès de votre comité, votre ligue ou de la FFTT.

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire :

- Si vous êtes majeur de moins de 40 ans et n'évoluez pas en catégorie Vétérane ;
 - Si vous évoluez en catégorie Vétérane, avez présenté un certificat médical lors de votre accession ou votre dernier changement de catégorie Vétérane et avez été licencié en continu depuis cette date, avec la mention "certificat médical présenté".
- L'accession à la catégorie Vétérane, ou tout changement de catégorie Vétérane 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 inexpliquée ?	☐	☐
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?	☐	☐
3	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4	Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐

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° 26-10-1

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 Vétérane 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



Autorisation de droit à l'image

Pour les personnes majeures :

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Demeurant :

Pour les mineurs :

Je soussigné(e)

Nom et prénom :

Père, mère ou représentant légal de l'enfant :

Demeurant :

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise ***l'association sportive AS TT BREAL*** et ses prestataires techniques à réaliser des prises de vue photographiques, des vidéos ou des captations numériques lors de la ***saison 2026/2027***.

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par la structure sous toute forme et tous supports, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : presse, livre, supports numérique, exposition, publicité, projection publique, concours, site internet, réseaux sociaux.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.

Je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que ni moi, ni le cas échéant la personne que je représente, n'est lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

Fait à, le

Signature précédée de la mention « *Lu et approuvé* »



Participation aux compétitions 2026-2027 (adultes)

Je soussigné(e) :

Nom et prénom :

Participation au championnat des clubs :

☐ Souhaite participer au championnat des clubs ☐ Ne sais pas

☐ Ne souhaite pas participer au championnat des clubs

Jour de championnat (plusieurs choix possibles) :

☐ Je souhaite jouer le mardi soir uniquement (si nombre de joueurs suffisant). ☐ Je souhaite jouer le samedi soir uniquement.

☐ Je n'ai pas de préférence particulière.

En participant aux championnats des clubs, je m'engage à me tenir disponible pour mon équipe dans laquelle je serais affecté tout au long de la saison 2026/2027 et/ou de prévoir avec mon capitaine d'équipe pour me faire remplacer lors de mes impossibilités de participer. **Je m'engage à participer au minimum à 5 journées par phase (2 phases par saison) sous peine de ne plus pouvoir participer à cette compétition pour le reste de la saison.**

Dates de championnat 1^{ère} phase samedi : 19/09 ; 03/10 ; 17/10 ; 07/11 ; 21/11 ; 05/12 ; 21/12

Dates de championnat 2^{ème} phase samedi : 16/01 ; 23/01 ; 06/02 ; 13/03 ; 10/04 ; 22/05 ; 29/05

Dates de championnat 1^{ère} phase mardi : 22/09 ; 06/10 ; 13/10 ; 03/11 ; 10/11 ; 24/11 ; 01/12 ; 08/12 ; 15/12

Dates de championnat 2^{ème} phase mardi : 19/01 ; 26/01 ; 09/02 ; 16/02 ; 16/03 ; 06/04 ; 13/04 ; 18/05 ; 25/05

J'ai connaissance que seule la commission sportive composera les équipes suivant les objectifs de championnat fixé par le conseil d'administration lors de chaque phase et m'engage à la respecter sous peine de ne pas pouvoir participer à cette compétition pour le reste de la saison.

Participation au critérium fédéral :

☐ Souhaite participer au critérium fédéral **et m'acquitte d'un montant de 34,00 €**

☐ Ne souhaite pas participer au critérium fédéral

Dates du critérium fédéral (le dimanche, 4 tours) : 11/10 ; 15/11 ; 31/01 ; 04/04

Fait à, le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »



ATTESTATION ACCEPTATION REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e) :

Nom et prénom :

Pour les jeunes : Parent / représentant légal (rayer la mention inutile) du jeune :

.....

Par la présente, je confirme que lors de mon inscription / lors de l'inscription du jeune, j'ai pris pleinement connaissance dans son entièreté le règlement intérieur de l'association ASTT BREAL, y compris les annexes.

☐ **En cochant cette case, je m'engage à respecter le règlement intérieur sous peine de me voir écarté de l'association et ce, sans possibilité de remboursement.**

Pour les licenciés mineurs : En tant que parent / responsable légal, je m'engage à expliquer au jeune le règlement intérieur s'il n'est pas en âge de lire ou qu'il ne comprends pas certains passages du règlement.

Fait à, le

Signature du licencié majeur précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature du représentant légal et du jeune précédée de la mention « lu et approuvé »