



**PROVINCE :**

**AFFILIATION-2014/2015**

**1. A REMPLIR PAR L'AFFILIE**

Cercle sportif	CTT Hamme-Mille 6V	Indice	BBW	299
----------------	--------------------	--------	-----	-----

Nom

Prénom

Rue  N°  Bte

C.P.  Localité

Nationalité  Sexe  F  M Date de naissance

Téléphone  G.S.M.  Mail

**PARTICIPATION AUX COMPETITIONS OFFICIELLES**  
 Joueur  Joueuse  Cette dame doit figurer sur la liste des forces Messieurs OUI NON (Cocher la mention utile)

---

**PAS DE PARTICIPATION AUX COMPETITIONS OFFICIELLES**  
 Non-Joueur  Non-Joueuse  (Cocher la mention utile)

---

Licence A  (Cocher la mention utile) **N.B.:** - 12 ans au 31/12 de la saison en cours  
 compétitions promotionnelles et activités au sein du cercle sportif

**DECLARATION**  **J'affirme sur l'honneur n'avoir jamais été affilié à aucune fédération**  
 (cocher obligatoirement la mention utile)  J'ai été affilié(e) en ..... à la Fédération ..... où mon classement était .....

**Pour tous les affiliés :**

**LE CERCLE SPORTIF**

**Pour les affiliés mineurs seulement :**

Je soussigné, déclare avoir pris connaissance des Statuts et Règlements de l'Aile Francophone de la F.R.B.T.T., de la réglementation sur le dopage et m'y soumettre sans restriction ainsi qu'aux stipulations du contrat d'assurance souscrit par l'Aile Francophone de la F.R.B.T.T.

**pour visa,**

Je soussigné, père, mère ou représentant légal de l'intéressé déclare marquer mon accord à cette affiliation.

*Signature du secrétaire*

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

**2. A REMPLIR PAR LE MEDECIN**

(valable à partir du 01/05/2014)

Je soussigné \_\_\_\_\_ Docteur en Médecine

**certifie avoir examiné ce jour :**

M. \_\_\_\_\_

De cette anamnèse et de cet examen, il résulte que l'intéressé(e) est à la pratique du Tennis de Table en ce compris l'entraînement et la mise en condition physique.

**APTE**

**INAPTE**

Le \_\_\_\_\_

**Ce document sera encodé par la Fédération**

**Signature et cachet du médecin**