



**PROVINCE :** \_\_\_\_\_

**AFFILIATION-2013/2014**

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

Cercle sportif \_\_\_\_\_

Indice \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bte \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_ Sexe  F  M Date de naissance \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ G.S.M. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Joueur  Joueuse  Non-Joueur  Non-Joueuse  Licence A  Loisir  (Cocher la mention utile)

**Pour les dames (mention obligatoire):** Cette dame doit figurer sur la liste des forces Messieurs OUI  NON

**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 01/05/2013)

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  **APTE**  **INAPTE** à la pratique du Tennis de Table en ce compris l'entraînement et la mise en condition physique.

Le \_\_\_\_\_

**Ce document sera encodé par la Fédération**

**Signature et cachet du médecin**