

2024/2025

L'adhérent

Nom:
Prénom:.....
Nom de jeune fille:
Adresse:
.....
.....
Code postal
Ville

Né le : à
Nationalité
Téléphone 1:
Email

J'accepte que ma photo puisse être diffusée sur notre site internet ou facebook OUI NON

Si mineur

Nom du père
Prénom du père :
Téléphone
Nom de la mère
Prénom de la mère :
Téléphone

N° de carte collégien de Provence ***
N° de carte e pass jeune
Problèmes de santé particuliers (allergies, asthme, etc)
.....
.....
.....

Formules et options

Baby-ping (130€)

Enfants né après 2010
(160€)

Le certificat médical est obligatoire

Adulte et junior 190€

Maillot du club "Compétition " 35€

Je souhaite être titulaire dans une équipe (je m'engage à être disponible une dizaine de journées de championnat).

Je souhaite participer au critérium +20€ (enfant) ou +35€ (adulte)

L'engagement entraîne l'acceptation de la charte de bonne conduite du club ci-jointe

Engagement

Tarif €
 Option critérium €
 Total €
 Maillot (taille:) €

Date

Signature de l'adhérent ou de son représentant (mineurs)

Règlement possible :

* Par chèque à l'ordre du PPV Venelles.

* Par virement sur l'IBAN FR7611315000010800398359176 - BIC CEPAFRPP131

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
<p>ALSH</p> <p>17H00 à 18H00 Jeu libre</p> <p>18H00 à 19H30 Entrainement dirigé Loisir et Départementale</p> <p>19H30 à 21H00 Entrainement dirigé à partir de Pré- Régionale</p>	<p>ALSH</p> <p>18H00/20H30 Entrainement élite</p>	<p>Ecole de Tennis de table Hall N. Mandela (7 à 17 ans)</p> <p>13H00/14H00 Jeu libre et accueil</p> <p>14H00/16H00 Initiation et perfectionnement.</p>	<p>ALSH</p> <p>17H00 à 18H00 Jeu libre</p> <p>18H00 à 19H30 Entrainement dirigé Loisir et Départementale</p> <p>19H30 à 21H00 Entrainement dirigé à partir de Pré-Régionale</p>	<p>ALSH</p> <p>17H00 à 19H30 Jeu libre tous niveaux</p>	<p>ALSH</p> <p>Baby Ping 09H00 à 10H00</p> <p>09H00 à 10H30 Jeu libre Tous niveaux</p>

Dans l'ALSH deux casques de Réalité Virtuelle PING mis à disposition

Catégorie	Tarif annuel	Taille maillot	Option critérium*
Baby-ping (4 à 7 ans)	130€		
Jeune né après 2010 école de tennis de table & compétition	160€		+20€
Adulte et Junior Entrainement dirigés loisir & compétition (à partir de 18 ans)	190€		+35€

Certificat médical

Les risques couverts par l'assurance de la licence sont à votre disposition au club. Vous avez la possibilité de souscrire à titre personnel une assurance complémentaire. Si votre précédent certificat médical date de moins de 3 ans, vous pouvez remplir un questionnaire de santé (disponible au club) qui s'y substituera.

*Critérium Fédéral

Le critérium fédéral désigne l'ensemble des compétitions individuelles organisées par la FFTT. Elles se déroulent au niveau national (Critérium national), régional, et départemental.

CHARTRE DE BONNE CONDUITE PING PONG VENELLES

Le Ping Pong Venelles est une association Venelloise qui existe depuis plus de 40 ans, c'est une association sportive composée de bénévoles et d'adhérents. Elle est menée par un comité directeur et des membres du bureau, qui sont élus lors de l'Assemblée Générale. C'est par l'intermédiaire de l'implication et du dynamisme des bénévoles que notre association peut fonctionner et évoluer.

C'est dans le but d'offrir aux adhérents les meilleures conditions, qu'un certain nombre de règles sont instaurées, dans le strict respect de chacun et des lois en vigueur. Ainsi l'adhésion à l'association du Ping-Pong Venelles engage à respecter les règles suivantes :

Article 1 : Je me conduis de manière responsable et je véhicule une image positive de l'association, dans le respect de ses valeurs : solidarité, probité, convivialité, et sportivité.

Article 2 : Je m'engage à être à jour de ma cotisation annuelle.

Article 3 : Si j'ai connaissance d'un problème susceptible de perturber le bon fonctionnement de l'association, je dois immédiatement en informer les membres du bureau et/ou le comité directeur.

Article 4 : Aucune atteinte ne sera portée à l'encontre de l'association et de ses membres par des actes, des paroles et des attitudes et en particulier ne seront tolérés :

- des propos grossiers, injurieux, méprisants ou diffamatoires à l'égard de toute personne morale ou physique,
- un comportement agressif, violent,
- un comportement discriminatoire ou harcelant à l'égard d'une autre personne, notamment en raison de ses convictions religieuses ou politiques, de son orientation sexuelle, de son genre,
- un comportement malveillant ou acte frauduleux susceptible d'être contraire aux lois, statuts et règlements en vigueur.

Article 5 : Les membres du Bureau sont responsables de la communication externe et interne. Par conséquent, tout membre de l'association qui souhaitera s'exprimer officiellement au nom de l'association devra en informer les membres du bureau et ne devra communiquer que sur des informations validées.

Article 6 : Ne sera toléré aucune dégradation du matériel et des locaux. De plus il est demandé à chacun de participer au montage ET démontage de la salle.

Je déclare avoir lu et compris le présent document et m'engage à m'y conformer sans réserve. En cas de non-respect de l'un de ces articles, je m'expose à des sanctions telles que des avertissements, exclusion provisoire, exclusion définitive qui seront décidées selon le cas, par le Comité directeur ou le Président de l'Association.

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 :

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



N° 24-10-1

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 inexplicée ?	<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"/>

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° 24-10-1

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 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