

INSCRIPTIONS A L'ECOLE DE TENNIS 2024-2025

COORDONNEES



Nom de l'élève : Prénom :

Date naissance :/..../.....

Adresse :

Téléphone(s) : Mobile :

Adresse électronique :

CHOIX DE LA FORMULE ENSEIGNEMENT *(Entourez la case correspondant à la formule choisie : 1 seul choix possible.)*

| Formule | Age sportif - Années de naissance | Nbre d'heure/an | Venansaltais | Non Venansaltais |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------|------------------|
| Mini Tennis (Samedi) | 3 à 5 ans – 2021/2022 | 25 | 140,00 € | 170,00 € |
| Mini Tennis | 5 à 7 ans – 2021..2018 | 30 | 168,00 € | 198,00 € |
| Galaxie | 8 à 10 ans - 2017..2015 | 30 | 193,00 € | 223,00 € |
| Ado | 11 à 18 ans -2014..2007 | 30 | 193,00 € | 223,00 € |
| Performance | 8 à 18 ans - 2017..2007 | 60 | 248,00 € | 278,00 € |
| TCV Adademie | 8 à 16 ans - 2017..2009 | 90 | 350,00 € | |

Pour les renouvellements, à l'issue du 1^{er} cours, aucun remboursement ne sera consenti.

Pour les nouveaux inscrits : 2 séances d'essai. Au delà, l'inscription est définitive sans remboursement possible.

Le coût affiché comprend : L'adhésion au club, l'accès aux terrains, l'assurance, la licence FFT, les heures de cours, la participation aux championnats selon la décision des entraîneurs.

REGLEMENT

- 1 chèque du montant global (à l'ordre du Tennis Club de Venansault)
- Carte Bancaire via Hello Asso
- Plusieurs chèques (1 adhésion, 1 ou 2 cours école de tennis)
 - Octobre
 - Décembre.....
 - Mars
- Autres modes de paiement (coupons sports,...). Précisez :

DISPONIBILITES *(pour une meilleure qualité d'apprentissage, les groupes sont principalement constitués par niveaux plutôt que par âge)*

Indiquez pour chaque jour les horaires de disponibilité des enfants. Une prise en charge à la sortie de l'école publique est possible.

| | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi |
|------------|-------|-------|----------|-------|----------|--------|
| Matin | | | | | | |
| Après midi | | | | | | |

Commentaires :

CERTIFICAT MEDICAL

Date du certificat : Avec mention compétition : Oui / Non

Questionnaire de santé ; Oui / Non

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné agissant en qualité de représentant légal de

.....

- autorise mon enfant à suivre les cours de l'école de tennis et, en cas d'urgence, autorise les responsables du club à prendre les décisions médicales et chirurgicales qui s'imposeraient.
- reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur (voir document joint) et en accepter les conditions.
- reconnais que l'adhésion au club TC Venansault entraîne l'acceptation du règlement intérieur de celui-ci et des règlements de la Fédération Française de tennis (FFT) ;
- reconnais avoir conscience des risques inhérents à la pratique sportive et avoir été informé et pris connaissance des garanties d'assurance proposées avec la licence ;

DROIT A L'IMAGE ET PROTECTION DES DONNEES

Autorise N'autorise pas

Le TC Venansault, pour sa communication interne et /ou externe, à utiliser, pour la saison en cours, l'image de la personne, objet de la présente fiche, et cela sur tout type de support.

Les présentes informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au club TC Venansault et également à la FFT, ses ligues et ses comités départementaux. Ces données sont nécessaires à l'organisation des activités tant du club que de la FFT, des ligues et des comités départementaux. Conformément à l'article 39 de la loi « informatique et libertés » du 6 Janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la FFT aux adresses suivantes : fft@fft.fr ou Fédération Française de Tennis, Service Organisation et Systèmes d'Information, 2 avenue Gordon Bennett, 75116 Paris.

Vos noms et prénoms peuvent être amenés à être affichés **sur le site Internet de la FFT**, des ligues, des comités départementaux (par exemple au travers de la liste des licenciés, de la liste des classés, du palmarès des compétiteurs..). Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci contre :

Ces informations pourront être cédées et/ou échangées à des partenaires commerciaux de la FFT, des ligues, de comités départementaux et du club. Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci contre :

Fait à Venansault, le

Signature :

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Saison 2024 / 2025



Renouvellement de licence d'une Fédération Sportive. Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive

| Répondez aux questions en mettant une croix dans les colonnes OUI ou NON. | OUI |
|---|-----|
| Durant les douze derniers mois | |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? | |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | |
| 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 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...) survenu durant les douze 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 ? | |
| NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié. | |

Si vous avez répondu NON à toutes les questions. Pas de certificat médical à fournir. Attestez 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.

Pour les mineurs, je soussignéen qualité de représentant légal
de..... atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et répondu par la négative à
l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal