



Sporting Club de Versailles  
Tennis de table

33, rue Henri Simon – 78000 VERSAILLES  
Site Internet : [www.versaillestennisetable.com](http://www.versaillestennisetable.com) – E-mail : [scvtt78@yahoo.fr](mailto:scvtt78@yahoo.fr)

## **FORMULAIRE D'ADHESION - SAISON 2019/2020**

Nom :	Prénom :	
Date de naissance :	Nationalité :	Sexe :
Adresse :		
Code Postal :	Ville :	
Portable :		
Pour le jeunes - portable père :		Portable mère :
<b>E. mail :</b>	@	

**IMPORTANT : CERTIFICAT MEDICAL** avec la mention « apte à pratiquer le tennis de table en compétition » doit être **FOURNI OBLIGATOIREMENT** pour les nouveaux adhérents. Pour les anciens adhérents, possibilité de remplir le questionnaire de santé et l'attestation liée suivant la date du précédent certificat.

J'atteste avoir pris connaissance des conditions d'assurance proposées par la FFTT. Ces conditions figurent sur le site web de la FFTT à l'adresse [www.fft.com](http://www.fft.com) rubrique Administratif / Contrat d'assurance ou sont disponibles sur simple demande auprès d'un responsable du club. J'autorise le SCVTT à utiliser, pour son site internet ou son compte Facebook, les photos sur lesquelles je figurerais et qui auraient été prises dans le cadre de l'activité du club. (Rayer en cas de refus d'autorisation)

Signature :

### **TARIFS 2019 / 2020**

	Adultes	Jeunes
<b>Cotisation</b>	<b>230 €</b>	<b>230 €</b>
<b>Critérium Fédéral (*)</b>	<b>45 €</b>	<b>35 €</b>

**Critérium fédéral** : Compétition **individuelle**, 5 samedis après-midi pour les jeunes ou 5 dimanches matin dans la saison pour les adultes.

- Joueur licencié dans un autre club avec entraînement au club : **130 €**
- Cotisation pour les parents d'adhérent pour le dimanche matin de 10h00 à 12h00 **130 €**
- Réduction familiale : **- 20 euros à partir de la deuxième personne**

Souhaitez-vous un justificatif de paiement pour votre Comité d'Entreprise :  Oui  Non

**Toutes les infos du club ainsi que les convocations aux compétitions sont envoyées par mail**

### **AUTORISATION PARENTALE POUR LES MOINS DE 18 ANS**

Je soussigné(e) Mr ou Mme \_\_\_\_\_

- 1) Autorise tout responsable de l'association SCVTT à donner en mon nom, lieu et place toute autorisation nécessaire pour tout acte médical ou chirurgical qui, le cas échéant, serait à effectuer en urgence par le corps médical, concernant mon enfant.
- 2) Autorise toute autre personne à transporter mon enfant dans son véhicule personnel, à l'occasion des déplacements nécessités par la pratique du Tennis de Table.
- 3) Vérifierai qu'à l'heure des entraînements dirigés mon enfant est bien pris en charge par l'entraîneur.

Date et Signature :



**EQUIPEMENT ET MATERIEL DE TENNIS DE TABLE**

PING PASSION – 7 quai d'Austerlitz 75013 PARIS – 01 45 82 43 95

[www.ping-passion.com](http://www.ping-passion.com)