

LIGUE CALÉDONIENNE DE TENNIS DE TABLE

B.P. 8196 – 98807 NOUMÉA CEDEX – Tél/Fax. : 77.93.29 – E-mail : lcttk@can.nc

COMITÉ PROVINCIAL SUD

FORMULAIRE DE DEMANDE DE LICENCE - SAISON -

(Précisez les espaces, accents, points et traits d'union, etc...)

A renvoyer SVP par mail à : adrien_claudia@hotmail.com



NOM DE L'ASSOCIATION : **A.S. MAGENTA** Section Tennis de Table

N° DE L'ASSOCIATION : **32-9F-0534**

N° DE LICENCE : TYPE DE LICENCE :

NOM :

PRÉNOM :

SEXE : DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITÉ SI ÉTRANGER :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

MAIL : - 1 :

- 2 :

- 3 :

TÉLÉPHONE : - 1 :

- 2 :

- 3 :

- 4 :

SI MUTATION, nom du club quitté :

DATE DU CERTIFICAT MÉDICAL :

MÉDECIN :

N° ORDRE ou CAFAT :

ATTESTATION

Je soussigné(e) , joueur désigné ci-dessus, certifie avoir pris connaissance des informations complémentaires du club et des conditions générales d'assurance comprises dans la licence (consultables sur le site de la Fédération Française de Tennis de Table - www.fftt.com/site/jouer/licences/assurance).

Date	Signature du joueur
<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOTA : Fournir impérativement un certificat médical de NON CONTRE-INDICATION à la pratique du tennis de table, y compris en compétition et mentionnant les nom et prénom du médecin ainsi que son n° d'enregistrement à l'ordre des médecins de France (C.M. type disponible si besoin), ou le Questionnaire Santé si le C.M. date de moins de 3 ans.

Validé sur SPID par le club le / /