

**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 2022 -**

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

A renvoyer SVP par mail à : [adrien\\_claudia@hotmail.com](mailto: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 : De l'enfant joueur TÉLÉPHONE : - 1 :  - 2 :  - 3 :  - 4 :  SI MUTATION, nom du club quitté : DATE DU CERTIFICAT MÉDICAL : MÉDECIN : N° ORDRE ou CAFAT : **ATTESTATION A REMPLIR PAR L'UN DES PARENTS**

Je soussigné(e)  ,  de l'enfant 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](http://www.fftt.com/site/jouer/licences/assurance)).

Date	Signature de l'enfant joueur	Signature de l'un des parents
<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 à la dernière page), ou le Questionnaire Santé ci-après **si le C.M. date de moins de 3 ans.**

Validé sur SPID par le club le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / **2022**

Je soussigné(e) ,  de l'enfant

➤ **certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessous** liées au droit à l'image pongiste.

- ✓ Votre enfant peut être photographié ou filmé dans le cadre des activités organisées par la Ligue, les Comités Provinciaux ainsi que les Clubs, Associations Sportives de Tennis de Table de Nouvelle-Calédonie.
- ✓ Ces images (photos et vidéos) où apparaît votre enfant peuvent être publiées sur le site de la Ligue Calédonienne de Tennis de Table ([www.tennisdetable-nc.nc](http://www.tennisdetable-nc.nc)), sur sa page Facebook ([www.facebook.com/tennisdetableNC](http://www.facebook.com/tennisdetableNC)) ou celle de notre club ([www.facebook.com/tennisdetableASM](http://www.facebook.com/tennisdetableASM)), mais aussi lors de communication (mails, affiches, etc...) et réunions (diaporama projeté sur écran...).
- ✓ **Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit photographié ou filmé**, il devra de lui-même nous prévenir lors des sessions photos et vidéos afin de s'en exclure. A savoir que dans certains cas, celles-ci sont inévitables puisqu'elles font parties du sport (remise de récompense sur podium lors des compétitions, sélection en équipe de Calédonie, etc...) !

➤ **l'autorise à participer aux stages vacances (ou évènements ponctuels) de Tennis de Table** qui pourraient être organisés par l'A.S. Magenta ou autres clubs, le C.P.S.T.T. ou la L.C.T.T., en fin de cycle scolaire et pendant les grandes vacances d'été de décembre à février 2023 (ou autres) ainsi qu'aux compétitions (pour les licences Traditionnelles). Je certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessous liées aux stages (ou évènements ponctuels) et compétitions.

- ✓ Les stages (ou évènements ponctuels) et les compétitions peuvent avoir lieu en dehors de Nouméa et il vous reviendra alors la responsabilité pour le transport de votre enfant sur le lieu du stage (ou de l'évènement ponctuel) ou de la compétition si rien n'est prévu par l'organisateur, tout comme le repas du midi (certaines salles possèdent réfrigérateur et micro-ondes mais pas toutes !).
- ✓ L'organisateur n'est responsable de votre enfant qu'à l'intérieur de la salle pendant les horaires du stage (ou de l'évènement ponctuel), pause du midi compris si égale à une heure, ou de la compétition. Si votre enfant sort de lui-même de la salle peu importe la raison, l'organisateur n'en sera donc pas responsable !
- ✓ Pour les stagiaires « occasionnels », une raquette numérotée peut éventuellement être prêtée pour l'ensemble du stage (ou de l'évènement ponctuel). Votre enfant en est donc responsable quant à son état ou en cas de perte (remboursement le cas échéant).

Date	Signature de l'enfant	Signature de l'un des parents
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 20px auto;"></div>		

# 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
<b>Durant les 12 derniers mois :</b>			
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"/>
<b>Depuis un certain temps : (plus de 2 semaines)</b>			
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"/>
<b>Aujourd'hui :</b>			
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"/>
<b>Questions à faire remplir par tes parents :</b>			
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 atteste 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

## 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 :