



PROVINCE :

**AFFILIATION PORTES OUVERTES
2010-2011**

1. A REMPLIR PAR L’AFFILIE

Cercle sportif

Indice

Nom

Prénom

Rue N° Bte

C.P. Localité

Nationalité Sexe F M Date de naissance

Téléphone G.S.M. Mail

AFFILIATION PORTES OUVERTES

Joueur Joueuse (Cocher la mention utile)

Pour les dames (mention obligatoire): Cette dame doit figurer sur la liste des forces Messieurs OUI NON

DECLARATION J'affirme sur l'honneur n'avoir jamais été affilié à aucune fédération

Pour tous les affiliés :

LE CERCLE SPORTIF

Pour les affiliés mineurs seulement :

Je soussigné, déclare avoir pris connaissance des Statuts et Règlements de l'Aile Francophone de la F.R.B.T.T., de la réglementation sur le dopage et m'y soumettre sans restriction ainsi qu'aux stipulations du contrat d'assurance souscrit par l'Aile Francophone de la F.R.B.T.T.

pour visa,

Je soussigné, père, mère ou représentant légal de l'intéressé déclare marquer mon accord à cette affiliation.

Signature du secrétaire

Date _____ Signature _____ Date _____ Signature _____

2. A REMPLIR PAR LE MEDECIN (valable à partir de la date de l'organisation des P.O.P)

Je soussigné _____ Docteur en Médecine

certifie avoir examiné ce jour :

M. _____

De cette anamnèse et de cet examen, il résulte que l'intéressé(e) est à la pratique du Tennis de Table en ce compris l'entraînement et la mise en condition physique.

APTE

INAPTE

Le _____

Ce document sera encodé par la Fédération

Signature et cachet du médecin