**DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE LICENCE A RENDRE A PARTIR DU**

**21 AOUT 2017**

**LICENCE Traditionnelle – Promotionnelle**

**Nom Prénom**

**Nationalité Date de naissance**

**Adresse**

**Mail**

**🕾 Principal 🕾 Secondaire**

**Catégorie d'âge**

Sauf opposition de sa part, les informations fournies par le licencié font l’objet d’un fichier informatique susceptible d’être communiqué par la FFTT à des fins commerciales ou associatives.

ASSURANCE FFTT : « vous pourrez percevoir un capital ou un remboursement de frais médicaux en complément des indemnités versées par votre organisme social »

Le montant de cette assurance est compris dans le prix de la licence fédérale et s’élève à 0,20 cts.

En signant votre renouvellement de licence, vous indiquez accepter les conditions d’assurance de base à 0,20 cts.

Si vous souhaitez un niveau de garantie supplémentaire, voir la fiche assurance affichée au club et voir avec Hélène Carlié.

**DATE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Signature du joueur et des parents si mineur**

**CERTIFICAT MEDICAL**

A remplir par le Médecin avec le cachet et la signature

**Numéro ADELI du médecin obligatoire pour valider la licence**

Je soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Certifie avoir examiné \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ et n’avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique contre-indication à la pratique du Tennis de Table en compétition.

A\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cachet du Médecin Signature du Médecin