**DEMANDE NOUVELLE LICENCE**

**TYPE LICENCE** (à voir avec l'entraineur en cas de doute)

**TRADITIONNELLE (**Entraînements dirigés jeunes, séniors, élites ou libre => **Compétitions)** 🞏

**PROMOTIONNELLE (**Libre / Entraînement Loisir ou Baby-Ping => **Pas de compétitions)** 🞏

**NOM   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PRENOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DATE** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Signature du joueur et des parents si mineur(e)**

**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