



Amicale Pongiste de Ouistreham affiliée FFTT n° 09140055
Bordereau de Demande d'Adhésion à l'APO saison 2020-2021
et de Demande de Licence de la FFTT

Réservé APO

Type de cotisation: **T** **P** code: Montant: € Date de saisie SPID:

Première demande Renouvellement Transfert Mutation

Cadre à renseigner par le postulant

Licence FFTT n°

Nom Prénom

Date naissance Sexe Nationalité

Classement Points
(si étranger, préciser le pays)

Adresse

Code Postal Ville

Téléphone fixe Téléphone portable

Courriel

Si le postulant est mineur, préciser le lien (mère, père, tuteur...) de la personne responsable :
ses nom et prénom : son n° de téléphone :

Assurance La cotisation APO acquittée inclut la souscription à la licence FFTT avec son assurance de base.

J'ai pris connaissance de l'extrait des conditions générales de l'assurance FFTT, disponible sur le site www.fftt.com
Vous pouvez si vous souhaitez souscrire l'une des garanties complémentaires de la FFTT : www.fftt.com/doc/administratif/2016_garanties_complémentaire.pdf

Je déclare, date et signe : je n'ai, à ma connaissance, pas été exposé à la Covid-19
droit à l'image: je cède / ne cède pas

(signature du postulant
ou du représentant légal)

**une demande incomplète
ou non signée
ne sera pas validée**

(rayer la mention inutile)
... à titre gracieux à l'APO le droit d'utiliser photos et vidéos sur lesquelles j'apparais, sur tout support de communication (publicité, information, affiche, web, presse) pour la durée de la saison sportive.

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

L'obtention d'une licence FFTT est sujette à la remise d'un certificat médical spécifique (loisir ou compétition) valide. Sauf prescription médicale contraire, les certificats médicaux sont valides 3 ans.

Si vous avez précédemment remis à l'APO un certificat médical toujours en cours de validité, veuillez le préciser.

Certificat médical (à faire remplir par le médecin examinateur, ou joindre un certificat médical séparé avec mention du n° d'ordre)

Je soussigné(e), Dr :

N° ordre :

Certifie avoir examiné :

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 :