

## Règlement intérieur

### 1. Affiliation et Règlement

L'ASMTT est affilié à la Fédération française de Tennis de table. De par son affiliation et son agrément, elle s'engage à se conformer entièrement aux Statuts et aux Règlements de la FFTT

### 2. Admission

L'adhérent s'engage à respecter le règlement intérieur, ainsi qu'au versement de la cotisation.

### 3. Condition d'adhésion

Toute personne ayant acquitté sa cotisation est considéré comme membre de l'association ASMTT, chaque adhérent devra remplir le questionnaire médical indiquant son aptitude à pratiquer le tennis de table.

### 4. Cotisation et Inscription

La cotisation est valable pour la saison sportive de 1er septembre au 31 août de l'année suivant. Elle comprend : Le montant de la licence, l'assurance de la FFTT, et la cotisation sportive annuelle. L'inscription devient effective à la remise du dossier d'inscription complet.

### 5. Matériels

Les tables, séparateurs, marqueurs et balles sont à la disposition des joueurs. L'ASMTT prête occasionnellement des raquettes aux jeunes. Chaque joueur participe à l'installation et au rangement du matériel. Les dégradations éventuelles seront portées à son débit.

### 6. Tenue

Chaque joueur doit se présenter muni d'une paire de chaussure de sport en salle, ainsi que d'une tenue appropriée.

### 7. Etat d'esprit

L'Association se doit être respectueuse d'un esprit sportif. C'est pourquoi tout propos anti-sportif, injurieux, sexiste ou raciste se verra sanctionné par une exclusion immédiate et définitive, sans possibilité de remboursement de la cotisation.

### 8. Responsabilité

L'ASMTT se dégage de toute responsabilité en cas d'incident ou d'accident en dehors de l'enceinte de la salle d'entraînement. L'ASMTT n'est plus

responsable de l'adhérent après la fin des cours, L'AMSTT décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol occasionnés dans la salle ou le vestiaire.

### 9. La compétition

Les pongistes doivent suivre régulièrement les entraînements sous peine d'être exclus ou remplacés lors des compétitions ou autres manifestations.

### 10. Remboursement de la cotisation

Aucune cotisation versée ne sera remboursée, sauf sur certificat médical de contre-indication. Toutefois, le montant remboursé sera : le montant de la cotisation - le montant versé à la FFTT /3 trimestres et multiplié par le nombre de trimestre présent.

Nous déclinons également toute responsabilité en cas d'événements extérieurs à motifs impérieux qui amèneraient à une fermeture de la salle (épidémies, incendies, inondations ...). L'ASMTT ne pourra pas répondre favorablement à une demande de remboursement.

Lu le ..... / ..... / .....

Signature(s)

## DONS

Saison 2021/2022 cotisation à 145€

Une cotisation à 85€ c'est possible

Les dons en faveur des associations d'intérêt général (dont l'ASMTT) ouvrent droit à une réduction d'impôt sur le revenu égale à 66% des sommes versées dans la limite de 20% du revenu imposable.

Exemple :

Pour 250 euros de licence versée vous déduirez 165 euros soit une cotisation à 85 euros

Je fais un don :            OUI            NON

Pour tous renseignements, contacter Mme SEJEAN au 06 73 88 74 84

# Feuille d'inscription LOISIR ADULTE

**TOUTE INSCRIPTION DEVRA ETRE OBLIGATOIREMENT ACCOMPAGNEE DU QUESTIONNAIRE MEDICAL**

Coordonnées de l'adhérent **Merci de remplir en MAJUSCULE TOUTES LES RUBRIQUES**

Nom ..... Prénom .....  
Né(e) le ..... / ..... / ..... Lieu de naissance : .....  
Adresse .....  
Code postal ..... Ville .....  
Code postal et lieu de naissance .....  
Téléphone ..... Téléphone .....  
Mail .....@.....

## Autorisation

Je soussigné(e) .....  
m'autorise à :  
Pratiquer le tennis de table de compétition et d'entraînement au sein de l'association Montmorency Tennis de Table  
Effectuer les déplacements sportifs à bord du véhicule personnel d'un membre du club ou parent accompagnateur et décline toute responsabilité envers L'ASMTT  
Être photographié ou filmé, et d'être publié ou diffusé sur le site internet du club  
Donne tout pouvoir au responsable concerné pour agir en mon nom pour toute intervention médicale indispensable et urgente  
Date ..... / ..... / ..... Signature des parents

## Cotisation

Le jeudi de 20h30 à 22h30 entraînement dirigé / Le mardi de 20h30 à 22h30 entraînement libre

- Nouveaux adhérents 145€  
 Ancien Adhérents contacter Claude au 06 73 88 74 84 le 4 septembre ou par mail des maintenant c.sejean@wanadoo.fr

Paiement

- Comptant  
 coupon sport ..... Complément .....  
 En plusieurs fois :  
145€ → En 4 fois (48.75euros) (nouveaux adhérents)

## Maillot du club obligatoire

Entraînement 15€

TAILLE :

Tout règlement par chèque sera libellé à l'ordre de ASMTT

Date ..... / ..... / ..... Signature

## Pièce à fournir

- Règlement par chèque(s) établi(s) à l'ordre de : ASMTT  
 Questionnaire médical

## Qui contacter ?

- Le président, Patrick SEJEAN : 06 31 44 30 52
- La trésorière, Valérie DENTIE : 06 73 88 74 84
- L'entraîneur, Claude BAUDAIN : 06 80 41 40 30
- Nous écrire : [psejean@wanadoo.fr](mailto:psejean@wanadoo.fr)

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour</b>		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

#### Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

#### Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

**Attestation valable pendant 2 ans : licencié ayant rempli le questionnaire Santé**

Questionnaire « **QS-SPORT** » (formulaire Cerfa n°15699\*01) disponible à l'adresse suivante :

[https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa\\_15699.do](https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_15699.do)  
[http://www.comite.fft.fr/seine-maritime \(rubrique Documents à télécharger-Médical\)](http://www.comite.fft.fr/seine-maritime (rubrique Documents à télécharger-Médical))

Le licencié qui souhaite renouveler sa licence devra désormais attester auprès de son club qu'il a répondu par la négative à toutes les rubriques figurant sur le questionnaire « QS-SPORT »

L'attestation doit prendre la forme suivante (il est conseillé de l'intégrer dans le formulaire d'inscription du club)

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM] .....*  
 *Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.*

**Date et signature du sportif :**

Pour les mineurs :

*Je soussigné M/Mme [Prénom NOM],.....*  
*en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM].....*  
 *Atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.*

**Date et signature du représentant légal :**