

**1. Données personnelles** - A remplir par l'affilié

Province	Bruxelles-Brabant Wallon	Cercle sportif	CTT Hamme-Mille 6V	Indice	BBW299
Nom	Prénom		Date de naissance		
Rue	N°	Bte	Pays		
C.P.	Local.	Nationalité		Sexe	F M
Fixe	GSM	Email			

**2. Type d'affiliation** - Cocher la mention utile

Participation toutes compétitions officielles	<input type="checkbox"/> Joueur	<input type="checkbox"/> Joueuse	<input type="checkbox"/> Cette dame ne doit pas figurer sur la liste de forces Messieurs
Participation aux compétitions individuelles	<input type="checkbox"/> Joueur	<input type="checkbox"/> Joueuse	
Pas de participation aux compétitions officielles	<input type="checkbox"/> Non-joueur	<input type="checkbox"/> Licence récréatif	

La licence récréatif vous permet de disputer des compétitions promotionnelles et récréatives mais elle ne vous permet pas d'avoir une fonction officielle (responsable de club, arbitre, coach,...), fonction que vous pouvez exercer uniquement avec le statut de joueur et non-joueur.

**3. Certificat d'aptitude médicale** - Valable à partir du 01/05/2019

Je soussigné \_\_\_\_\_ Docteur en médecine certifie avoir examiné M. \_\_\_\_\_

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

Le \_\_\_\_\_ - Signature et cachet du médecin

**4. Déclaration sur l'honneur** - Cocher obligatoirement la mention utile

- J'affirme sur l'honneur n'avoir jamais été affilié(e) à aucune fédération
- J'ai été affilié(e) en \_\_\_\_\_ à la Fédération \_\_\_\_\_ où mon classement était \_\_\_\_\_

**Pour tous les affiliés**

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 souscrits par l'Aile Francophone de la F.R.B.T.T.

**Le cercle sportif**

pour visa,

**Pour les affiliés mineurs seulement**

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

Date Signature Signature du secrétaire Date Signature

**5. Envoyer le document au siège de la Fédération** - AFTT - Rue Pierre du Diable, 46 à 5100 Jambes