

1. Données personnelles - À remplir par l'affilié(e)

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 - Attention, un seul statut peut-être coché !

Statuts	Interclubs	Tournois	Fonction*	Récréatif*	Certificat Médical
<input type="checkbox"/> Joueur / joueuse ↓ <i>Cette dame sur la liste de force Messieurs ?</i> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	oui	oui	oui	non	oui
<input type="checkbox"/> Joueur individuel / Joueuse individuelle	non	oui	oui	non	oui
<input type="checkbox"/> Non-joueur / Non-joueuse	non	non	oui	non	non
<input type="checkbox"/> Licence récréative	non	non	non	oui	non

*Fonction : responsable de club, arbitre, coach, etc... *Récréatif : participer à des compétitions promotionnelles ou récréatives
Tous les statuts comprennent une assurance pour les entrainements.

3. Certificat d'aptitude médicale - Valable à partir du 01/05/2020

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