Condé en Normandie Tennis de Table *(n°0914-0013)*

Bordereau de demande d'adhésion à CNTT

Demande de licence à la FFTT

Saison
2026
2027

Réservé CNTT :

Type de licence : ☐ **C**ompétition ☐ **L**oisir Montant :

Date de saisie SPID :

Première demande : ☐ Renouvellement : ☐

Transfert : ☐ Mutation : ☐

Cadre à renseigner par l'adhérent :

NOM : Prénom :

NOM de jeune fille :

Date de Naissance : Lieu :

Sexe : Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Fixe : Portable :

Courriel :

Si l'adhérent est mineur, précisez le lien (mère, père, tuteur, ...) de la personne responsable :

Lien : Nom Prénom :

Numéro de téléphone :

Courriel :

Lien : Nom Prénom :

Numéro de téléphone :

Courriel :

La cotisation CNTT acquitée inclut la souscription à la licence FFTT avec son assurance de base.

DROIT À L'IMAGE

Dans le cadre de la promotion de la pratique du tennis de table, nous sommes susceptibles d'utiliser des photos et/ou vidéos dans lesquelles vous apparaissez.
Aussi, il vous est demandé de nous indiquer si vous souhaitez nous céder, à titre gracieux, le droit d'utiliser ces photos et/ou vidéos sur tous supports de communication (publicité, information, affiche, web, presse, ...) pour la durée de la saison sportive.

☐ Je cède (image et nom) ☐ Je cède (image) ☐ Je ne cède pas

PAR CETTE ADHÉSION À CONDÉ EN NORMANDIE TT, JE CERTIFIE ÊTRE EN ACCORD AVEC LES STATUS ET RÉGLEMENTS DU CLUB.

ATTESTATION SANTÉ

Je certifie avoir pris connaissance et avoir rempli, le cas échéant, le questionnaire santé FFTT dont une version est disponible sur le site **https://xxxxxxxxxxxx/** à la rubrique « infos partiques ».
Je déclare avoir précédemment fourni un certificat médical daté de moins de 3 ans à ce jour (le certificat médical devra avoir été prolongé au maximum 2 fois par un questionnaire de santé et dans la continuité) et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.
Je sais qu'à travers cette attestation, et comme cela est précisé dans la circulaire administrative de la FFTT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFTT ou de Condé en Normandie Tennis de Table ne pourra être recherchée.

CERTIFICAT MÉDICAL PRÉCÉDENT :

Date : Nom du Médecin :

Fait le : Signature de l'adhérent ou du représentant légal

Une demande incomplète ou non signée ne sera pas validée