

Association : _____

Numéro : _____

Date : _____

Réservé Ligue ou Comité

Date de Validation : _____

Première demande : ☐

Renouvellement : ☐

Reprise d'activité : ☐

Transfert : ☐

Compétition : ☐

Loisir : ☐

Dirigeant : ☐

Mutation : ☐

N° de licence (renouvellement ou reprise d'activité) : _____

Nom d'usage * : _____

Prénom * : _____

Nom de naissance ** : _____

Date de Naissance * : _____

Pays de naissance ** : _____

Ville de naissance / Code postal ** : _____

Sexe * : _____ Nationalité * : _____ Si né à l'étranger : Nom - Prénom du père : _____

Nom - Prénom de la mère : _____

Classement : _____

Points : _____

(si reprise d'activité, préciser le dernier classement connu, les points et l'année)

Adresse * : _____

Code Postal * : _____

Ville * : _____

Téléphone Fixe : _____

Téléphone Portable : _____

Courriel * : _____

Dirigeant : ☐

Encadrant : ☐

Arbitre / JA : ☐

Technicien : ☐

Contrôle d'Honorabilité : Si au moins une des 4 cases ci-dessus est cochée : ☐ Le licencié a été informé et a compris l'objet de ce contrôle **

Vétérant : ☐

né en 1985 et avant

Sénior : ☐

du 01/01/86 au 31/12/06

Junior : ☐

du 01/01/07 au 31/12/10

Cadet : ☐

du 01/01/11 au 31/12/12

Minime : ☐

du 01/01/13 au 31/12/14

Benjamin : ☐

du 01/01/15 au 31/12/16

Poussin : ☐

né en 2017 et après

Les données à caractère personnel (nom, prénom, date de naissance, sexe, nationalité, adresse postale, courriel) sont indispensables à la délivrance de votre licence par la FFTT. Par la présente demande de licence, vous êtes informé de la publication de vos résultats obtenus au cours des compétitions en lien avec celle-ci sur les supports officiels de la FFTT ou agréés par celle-ci. Ces résultats feront apparaître vos nom, prénom, catégorie d'âge et club.

Certification médicale :
(mention obligatoire *)

☐

Je joins un certificat médical de pratique sportive de moins d'un an à la date de cette demande, établi par le médecin sur papier libre ou sur l'imprimé 25-9

☐

J'ai fourni, si je suis vétéran, un certificat médical lors de mon précédent changement de catégorie sportive. J'ai pratiqué sans discontinuité et je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical (formulaire 25-10-1)

☐

Je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical pour les majeurs seulement (n°25-10-1) si je suis majeur de moins de 40 ans

☐

Je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical pour les mineurs seulement (n°25-10-2)

☐

Je ne joins pas de certificat médical ni d'attestation certifiant avoir répondu "non" à toutes les questions d'un auto-questionnaire médical et je disposerai d'une licence ne me permettant pas la pratique sportive

* Vous devez cocher obligatoirement une de ces cinq cases et une seule

Assurances :

(mention obligatoire *)

☐

J'atteste avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance ainsi que de la possibilité de souscrire une garantie complémentaire (voir document 25-2-2)

* Vous devez cocher obligatoirement la case de prise de connaissance du document 25-2-2, et compléter ce dernier.

Protection des données

En vertu du droit à l'oubli, vous avez le droit de demander à la FFTT l'effacement de vos données à caractère personnel (nom, date de naissance, sexe, nationalité, adresse postale, téléphone, courriel). Pour cela, merci de vous adresser à votre organisme gestionnaire.

En cas de non renouvellement de licence, ces données à caractère personnel seront conservées par la FFTT jusqu'à la fin de la saison suivante ; elles seront ensuite inaccessibles.

Signature du titulaire ou du représentant légal (pour les mineurs)

☐

J'accepte que mes coordonnées (adresses postales, mail, téléphones) soient utilisées par la FFTT à des fins associatives (Opt-in FFTT)

☐

J'accepte que mes coordonnées (adresses postales, mail, téléphones) soient utilisées par la FFTT à des fins commerciales (Opt-in Partenaires)

☐

Je refuse le contrôle d'honorabilité (si coché, je ne serai pas habilité à exercer des fonctions dirigeantes, d'encadrement ou d'arbitrage)

☐

Je refuse à la fédération la prise de vues et l'utilisation de celles-ci dans le cadre des publications fédérales, dans le respect de la personne

Fait à _____

le _____

Signature _____

* : Obligatoire pour tous les licenciés
* : Obligatoire pour tous les licenciés

** : Obligatoire pour tous les dirigeants et éducateurs, fortement conseillé pour les autres licenciés
** : Obligatoire pour tous les dirigeants et éducateurs, fortement conseillé pour les autres licenciés