

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

Province  Cercle sportif  Indice

Nom  Prénom  Date de naissance

Rue  N°  Bte  Pays

C.P.  Local.  Nationalité  Sexe

Fixe  GSM  Email

 Porteur d'un Handicap

**2. Type d'affiliation** - Attention, un seul statut peut-être coché !

Statuts	Interclubs	Tournois	Fonction*	Récréatif*	Certificat Médical
<input type="checkbox"/> <b>Joueur / joueuse</b> ↓ <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"/> <b>Joueur individuel / Joueuse individuelle</b>	non	oui	oui	non	oui
<input type="checkbox"/> <b>Non-joueur / Non-joueuse</b>	non	non	oui	non	non
<input type="checkbox"/> <b>Licence récréative</b>	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 dans votre cercle sportif.

**3. Certificat d'aptitude médicale** - Valable à partir du 01/05/2022

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

De cette anamnèse et de cet examen, il résulte que l'intéressé(e) est   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 - Allées des artisans, 5 - 5590 CINEY