



# Fiche d'inscription Adulte

SAISON 2022

## Information

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : M / F

Né(e) le : ...../...../..... Téléphone : .....

Adresse : .....

Mail (en majuscule) : .....

## Offres

	USB FUN	USB FAMILLE	USB SOLEIL	USB ALLCOURTS	USB CLASSIC	USB MAX
Licence FFT	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Remise animations	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Avantages Boutiques	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Parent Partenaire	✗	✓	✓	✓	✓	✓
Recherche partenaire	✗	✗	✓	✓	✓	✓
Pratique libre extérieur	✗	✗	✓	✓	✓	✓
Pratique libre intérieur+ extérieur	✗	✗	✗	✓	✓	✓
Cours 1h	✗	✗	✗	✗	✓	
Cours 1h30	✗	✗	✗	✗	✗	✓
<b>TARIF</b>	<b>20€</b>	<b>50€</b>	<b>90€</b>	<b>140€</b>	<b>260€</b>	<b>320€</b>
SPECIAL			70€	120€		
COUPLE			140€	225€		

**TOTAL : .....**  CHEQUE(S): .....  ESPECES: .....  CB: .....

Remise de **30%** sur toute la boutique à l'inscription

### DURANT LES 12 DERNIERS MOIS

**OUI**      **NON**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou + pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### A CE JOUR

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc..) survenu durant les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu NON à TOUTES les questions, pas de certificat médical à fournir. Si vous avez répondu OUI à au moins UNE question, certificat médical à fournir.

## Informations

### REGLEMENT INTERIEUR ADULTE

Je soussigné,

NOM.....PRENOM.....

reconnais que l'adhésion au club USB TENNIS entraîne l'acceptation du règlement intérieur \* et des règlements de la FFT ; reconnais avoir conscience des risques inhérents à la pratique sportive, en avoir été informé et pris connaissance des garanties ; d'assurances proposées avec la licence ; reconnais avoir été averti de l'intérêt de souscrire des garanties complémentaires proposées par la FFT afin de bénéficier d'une meilleure indemnisation en cas de dommage corporel ; autorise le club USB TENNIS, pour sa communication à utiliser l'image de la personne sur tout type de support.

Bergerac, le...../...../.....

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

\* Règlement intérieur donné à l'inscription