



Fiche d'inscription Adulte

SAISON 2023

Information

Nom : Prénom :

Né(e) le :/...../..... Téléphone : Sexe : M / F

Adresse :

Mail (en majuscule) :

Niveau/classement : Motivé(e) par les compétitions par équipes:

oui non

Offres

	USB FUN	USB FAMILLE	USB SOLEIL	USB ALLCOURTS	USB DAMES	USB HOMMES
Licence FFT	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Remise animations	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Parent Partenaire		✓	✓	✓	✓	✓
Pratique libre extérieur			✓	✓	✓	✓
Pratique libre intérieur+ extérieur				✓	✓	✓
Cours 1h30					✓	✓
TARIF	40€	60€	90€	140€	250€	320€

FORMULE:



Bergeracustennis



06.11.42.53.39
/06.31.93.19.57



Bergerac.usb.tennis@gmail.com

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS

OUI **NON**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ? | <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