



FORMULAIRE PRE COMPETITION & COMPETITION 2024 / 2025

H/F

INSCRIPTION / RÉINSCRIPTION

NOM : PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE : NATIONALITÉ :
ADRESSE :
VILLE : CODE POSTAL :
TEL 1 : TEL 2 :
MAIL :

N° DE LICENCE : NIVEAU : CLASSEMENT :

--- Reprise des cours le 18 septembre 2024 ---

PRE COMPETITION SUR SELECTION (2014, 2015, 2016)

32 entrainements par an (encercler les choix)	Formule 1	Formule 2	Créneau	Choix 1 ou 2
Tennis	1h30	2 x 1h30	Sur planning	
Préparation physique	1h	1h	Sur planning	
Tarif annuel	<input type="checkbox"/> 290,00 €	<input type="checkbox"/> 490,00 €		
PASS PARENT				<input type="checkbox"/> 150,00 €

COMPETITION

32 entrainements par an (encercler les choix)	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Créneau	Choix 1 ou 2
Tennis	2 x 1h30	3 x 1h30	3 x 2h	Sur planning	
Préparation physique	2 x 1h	2 x 1h	2 x 1h	Sur planning	
Autres prestations	Accès libre plateau adultes + entraînement pendant les vacances scolaires + accès illimité aux infrastructures (tennis & squash)				
Tarif annuel	<input type="checkbox"/> 690,00 €	<input type="checkbox"/> 790,00 €	<input type="checkbox"/> 890,00 €		
PASS PARENT				<input type="checkbox"/> 150,00 €	

***l'inscription est annuelle, aucun remboursement possible**, le paiement peut se faire soit en 1 seule fois, soit en 3 chèques au nom du Saint Raphael Country Club que vous devez nous confier à l'inscription et qui seront remis en banque le 05 octobre, 05 novembre et 05 décembre.

Paiement par :

Chèque : _____ Nombre de chèques : _____ Banque et n° du chèque _____

Espèces : _____ pass sports : _____ Montant total : _____

Besoin d'une attestation de paiement/ facture : _____

FICHE RÉGLEMENTAIRE

Je soussigné, Nom :

Prénom :

Et (si l'inscrit est mineur) agissant en qualité de représentant légal de : Nom :

Prénom :

- Reconnaît que l'inscription au cours et l'adhésion au Saint Raphael Country Club (S.R.C.C.) entraînent l'acceptation de son règlement intérieur et des règlements de la Fédération Française de Tennis (F.F.T.), la ligue P.A.C.A ainsi que ceux du Comité du var.

- Reconnaît avoir conscience des risques inhérents à la pratique sportive, avoir été informé et pris connaissance des garanties d'assurance proposées avec la licence.

- Reconnaît avoir été averti de l'intérêt de souscrire des garanties complémentaires proposées par la F.F.T. afin de bénéficier d'une meilleure indemnisation en cas de dommage corporel.

- Autorise le Saint Raphael country club (S.R.C.C) pour sa communication interne et externe à utiliser pour la saison en cours l'image de la personne objet de la présente fiche et cela sur tout type de support (notamment sur le site Internet du club).

Par ailleurs, les présentes informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné au S.R.C.C et également à la F.F.T., ses ligues et ses comités départementaux et provinciaux. Ces données sont nécessaires à l'organisation des activités tant du S.R.C.C (gestion des membres...) que de la F.F.T. (organisation des compétitions, lettres d'information...) des ligues et des comités départementaux ou provinciaux.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à la F.F.T. aux adresses suivantes : par courriel : fft@fft.fr

Par courrier : Fédération Française de Tennis
Service Organisation et Systèmes d'information 2 avenue Gordon-Bennet
75116 PARIS

Vos nom et prénom peuvent être amenés à être affichés sur le site Internet de la F.F.T., des ligues, des comités départementaux et du club.

Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre

Ces informations pourront être cédées et (ou) échangées à des partenaires commerciaux de la F.F.T., des ligues, des comités départementaux et du club.

Si vous ne le souhaitez pas, veuillez cocher la case ci-contre

Date :/...../..... Signature :

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Je soussigné MR/Mme NOM.....Prénom.....en ma qualité de représentant légal de NOM..... PRÉNOM.....atteste qu'il / elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date/...../20.....

Et signature du sportif.....

Questionnaire « QS-SPORT », formulaire Cerfa N° 15699*01 disponible à l'adresse suivante : <https://www.fft.fr/sites/default/files/2021-05/QUESTIONNAIRE%20DE%20SANTE%20MINEURS.pdf>