

Photo

A

Coller

# Ping Pong Club Villeneuve sur Lot

Salle de Tennis de Table  
Complexe Sportif de la Myre Mory  
Avenue d'Agen

47300 VILLENEUVE SUR LOT  
Tel : 05.53.49.18.22 - Fax : 08.25.19.53.35  
Mail : ppcv@aliceadsl.fr – Site : www.ppcvping.fr

## Licence Traditionnelle

# INSCRIPTION 2009 – 2010

## 2<sup>ème</sup> phase – 40% de réduction

### IDENTITE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom du parrain pour les nouveaux licenciés : \_\_\_\_\_

### PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

- Bordereau de demande signé par vous et votre médecin
- 1 photo d'identité à coller sur la fiche
- 3 enveloppes timbrées avec coordonnées
- le règlement financier

### ADHESION

Cotisation Traditionnelle : ~~140 €~~ 80 €

### ENGAGEMENT AU CRITERIUM FEDERAL

- Pour les poussins/benjamins 15 €
- Pour les minimes/cadets/juniors 23 €
- Pour les seniors 32 €

### REDUCTION

#### **Réduction Famille** (même adresse) :

-20% réduction sur chaque adhésion -16 €   
À partir de 2 membres

#### **Réduction Coupons Sport**

-32 €   
(Joindre obligatoirement justificatif de prime de rentrée scolaire CAF)

**Réduction Parrainage** (-20% pour le parrain) -16 € X \_\_\_\_

**Nom(s) et prénom(s) du/des nouveau(x) adhérent(s) :** \_\_\_\_\_

Non licencié la saison dernière – Nom de famille différent du parrain

Montant total à Payer :  **Détail règlement : ESP / CHQ**

Possibilité de facilité de paiement (voir avec le trésorier au 06.82.91.21.47)  
Tout Dossier incomplet sera refusé !!!

**Compléter et signer** le bordereau de demande de licence  
**ATTENTION** : Certificat médical avec mention **compétition obligatoire**



# BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCE

## Saison 2009/2010

Association  N°   
Date d'envoi  Date de Validation  Réservé Ligue ou Comité

Première demande  Renouvellement  Confirmation Internet   
Traditionnelle  Promotionnelle  Module  Mutation

N° de licence   
Nom  Prénom   
Date Naissance  Sexe  Nationalité  (si étranger, préciser le pays)  
Classement  Points  (si reprise d'activité, préciser le dernier classement connu, les points et l'année)  
Adresse   
Code Postal  Ville   
Téléphone  Téléphone portable   
Courriel

Dirigeant  Arbitre/JA  /  Technicien   
Vétéran  Né en 1969 et avant  
Senior  Du 01/01/70 au 31/12/91  
Junior  Du 01/01/92 au 31/12/94  
Cadet  Du 01/01/95 au 31/12/96  
Minime  Du 01/01/97 au 31/12/98  
Benjamin  Du 01/01/99 au 31/12/00  
Poussin  Né en 2001 et après

### Certificat médical

(A remplir par le médecin examinateur ou joindre un certificat médical séparé)

Je soussigné(e),  
Docteur :

N° ordre (ADELI) :

Certifie avoir examiné  
M :

et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la pratique du Tennis de Table en compétition.

Fait à  le

Cachet et signature du médecin :

### Signature du titulaire ou représentant légal

COVEA RISKS garantit l'ensemble des licenciés de la Fédération Française de Tennis de Table.

Je déclare avoir pris connaissance :

- de l'extrait des conditions générales d'assurances proposées par la FFFT, figurant sur le site web de la FFFT à l'adresse [www.fftt.com](http://www.fftt.com), rubrique "Administratif - Le contrat d'assurances" et déclare souscrire l'assurance de base.

- des garanties complémentaires (options Or, Argent et Bronze) proposées par l'assureur fédéral, présentées ci-dessous. Le formulaire de souscription est disponible en consultation et téléchargement sur le site web de la FFFT à l'adresse [www.fftt.com](http://www.fftt.com), rubrique "Administratif - Le contrat d'assurances". Il est également disponible par écrit auprès du responsable de votre club et sur simple demande auprès de votre comité, votre ligue ou de la FFFT.

### Tarifs des garanties complémentaires

Montant des capitaux complémentaires venant s'ajouter à ceux du contrat de base (âge limite à 70 ans pour les garanties décès-invalidité)

	BRONZE	ARGENT	OR
Capitaux décès	7 600 €	15 300 €	23 000 €
Capitaux invalidité en cas d'accidents corporels	15 300 €	30 500 €	46 000 €
Indemnité journalière	NEANT	15 €	23 €
Franchise 3 jours			
Durée maxi. 365 jours			
Age à partir de 16 ans et moins de 65 ans			
Frais médicaux	-	-	50% du régime conventionné de la SS
Cotisations complémentaires TTC	7 €	13 €	19 €

Signature :