

## INSCRIPTION COURS Saison 2025/2026

Affiliation FFT : 57 94 0012  
Mail : tcperigny94@outlook.fr  
Site : http://tcperigny.fr

NOM : ..... PRENOM : .....

Né(e) le : ..... Nouveau Pérignon

Représentant légal (pour un enfant mineur) : .....

Adresse complète : .....

Portable 1 : ..... Portable 2 : .....

Mail 1 : ..... Mail 2 : .....

### FORMULES COURS (tout compris) - 30 séances

|   |       |   |       |
|---|-------|---|-------|
| Ecole de Tennis (1h-7/12 ans-mini 4, max 6) | 245 € | Adulte standard 1h30 / groupe : mini 4 - maxi 5 | 385 € |
| Junior (1h-12/17 ans - mini 4, max 6)       | 245 € |   |       |

#### PAIEMENTS

- . Espèces
- . Chèques
- . Chq vacances
- . Coupons sports
- Pass Sport
- Labaz

#### MONTANTS

Formule : .....  
Réduc. : ..... NP  RF   
Cautions clé : .....  (10€)  
**TOTAL** : .....

#### MODES

Ch. Oct : ..... Mt : .....  
Ch. Déc. : ..... Mt : .....  
Ch. Février : ..... Mt : .....  
Autres : ..... Mt : .....

Disponibilités : Lundi  Mercredi  Jeudi  Samedi  Horaires :

**!!! La constitution des groupes ne sera définitive qu'après examen de la totalité des demandes**

La Fédération Française de Tennis a validé la suppression du certificat médical, ainsi que des attestations, dans le cadre de la délivrance d'une licence à un pratiquant majeur.

Pour les mineurs, le dispositif du questionnaire de santé reste en vigueur

Date / Signature :



Affiliation FFT : 57 94 0012  
Mail : tcperigny94@outlook.fr  
Site : <http://tcperigny.fr>

# TENNIS CLUB DE PERIGNY

## AUTORISATION

**Cette autorisation est complémentaire de la fiche d'inscription, la signature faisant foi**

**Je reconnais :**

- que l'adhésion au Tennis Club de Périgny (TCP) entraîne l'acceptation du règlement intérieur de celui-ci et des règlements de la Fédération Française de Tennis (FFT) ;
- avoir conscience des risques inhérents à la pratique sportive et avoir été informé(e) et pris connaissance des garanties d'assurance proposées avec la licence
- avoir été averti(e) de l'intérêt de souscrire des garanties supplémentaires afin de bénéficier d'une meilleure indemnisation en cas de dommage corporel
- avoir été informé(e) que, **pour les cours des enfants mineurs, la responsabilité du Club n'est engagée qu'à partir du moment où l'enfant est pris en charge par le professeur**, et qu'il est donc impératif d'amener et de récupérer l'enfant à l'entrée des courts et de s'assurer de la présence du professeur.

**J'autorise** le TCP, pour sa communication interne et/ou externe, à utiliser l'image de la personne, objet de la présente fiche, et ceci sur tout type de support (notamment sur le site Internet du club).

OUI

NON

Date :

Signature :

# Attestation Questionnaire de santé QS-Sport Cerfa

## A remettre au club

Je soussigné M/Mme .....

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 **et avoir répondu PAR LA NEGATIVE à l'ensemble des rubriques.**

Date et signature du sportif.

### Pour les mineurs :

Je soussigné M/Mme ....., en ma qualité de représentant légal de .....

atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699\*01 et a répondu **PAR LA NEGATIVE** à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal.

### Questionnaire :



Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*   | OUI                      | NON                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois</b>   |                          |                          |
| 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 plus 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"/> |
| <b>A ce jour</b>   |                          |                          |
| 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"/> |

*\*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*

**Si vous avez répondu NON à l'ensemble des Questions, nous retourner cette attestation datée ET signée et le certificat médical de moins de 3 ans**

**Si vous n'avez pas répondu NON à l'ensemble des Questions, vous devez faire établir un certificat médical auprès d'un médecin et nous fournir ce certificat.**