

BULLETIN D'ADHÉSION TENNIS DE TABLE 2022-2023

Nom : _____ Prénoms : _____

Nom de Jeune Fille : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe: Homme Femme

Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Mobile : _____

E-mail : _____

- KIDISPORT : 145 euros
- JEUNES (Entraînements dirigés) : 200 euros
- ADULTES COMPETITION : 200 euros
- ADULTES LOISIRS : 145 euros
- ETUDIANT
ET DEMANDEUR D'EMPLOI : 145 euros
- CRITERIUM FEDERAL selon barême

MONTANT TOTAL : _____

POUR LES MAJEURS

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations portées ci-dessus et m'engage à respecter la réglementation de la Fédération.

J'autorise le Club à diffuser mon image (sous forme de photos ou vidéos)

A _____, Le
Signature

AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS

Je, soussigné(e) M ou Mme _____ représentant légal de _____ certifie lui donner l'autorisation de :

- Se licencier à la FFTT et d'adhérer à l'ASPTT pour toutes les activités
- Prendre place dans un véhicule de l'association, ou une voiture particulière, afin d'effectuer les déplacements nécessités par les compétitions sportives officielles, amicales ou de loisirs au cours de la saison.

J'autorise les responsables à faire procéder à toute intervention médicale d'urgence. La personne à contacter en cas d'accident est :
.....
N° de téléphone : _____.

J'autorise le Club à diffuser des images de mon enfant (sous forme de photos ou vidéos)
A Le _____ Signature :

REGLEMENTS	MONTANT	BANQUE ET N°CHEQUE
CHEQUE N°1		
CHEQUE N°2		
ESPECES		
CHEQUES VACANCES		
COUPON SPORT		
PASS'REGION (Lycéens)		
TOP DEPART (Collégiens)		
AIDE DE LA CAF (Pass'Sport)		
MONTANT TOTAL		

Merci d'entourer votre :

Taille MAILLOT S M L XL XXL

Taille SHORT S M L XL XXL

Chèque de caution de 35,00€ :	BANQUE	N°	N° Licence :
CERTIFICAT MEDICAL OU ATTESTATION : Dr	DATE :		

ASPTT ROMANS - Salle ARAGON - Route de Génissieux - 26100 ROMANS

Téléphone : 04.75.02.32.50 Mail : romans.asptt@orange.fr Site : aspttromans.com