



FICHE D'INSCRIPTION ou de REINSCRIPTION

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Tél fixe : _____ Tél portable : _____ E-mail : _____

Inscription :

Enfant avec cours : ☐ oui (155 €) ☐ non (40 €)

Adulte avec cours : ☐ oui (235 € pour 1h) ☐ non (70 €)

PICKLEBALL uniquement ☐ 60 €

Le règlement se fera à l'inscription, soit la totalité en espèces, ou chèque (possible échelonner sur la saison)

**Pour renseignements, contacter les membres du bureau, informations et coordonnées sur le site du club :
tc-chateau-renault.club.sportsregions.fr**

Souhaitez-vous :

- | | | | |
|--|------------------------------|---|------------------------------|
| - Participer aux compétitions | ☐ oui | ☐ Eventuellement | ☐ non |
| - Être responsable d'équipes jeunes ou adultes | ☐ oui | ☐ Eventuellement | ☐ non |
| - Avoir une responsabilité au sein du bureau | ☐ oui | ☐ Eventuellement | ☐ non |

Formalités juridiques :

Je soussigné _____ agissant en qualité de représentant légal de _____

- Reconnaît que l'adhésion au **TENNIS CLUB CASTELRENAUDIN** entraîne l'acceptation du règlement intérieur de celui-ci et des règlements de la Fédération Française de Tennis (FFT),
- Reconnaît avoir conscience des risques inhérents à la pratique sportive, avoir été informé et avoir pris connaissance des garanties d'assurances proposées avec la licence,
- Reconnaît avoir été averti de l'intérêt de souscrire des garanties complémentaires (notamment celles proposées par la FFT) afin de bénéficier d'une meilleure indemnisation en cas de dommage corporel,
- Autorise le **TENNIS CLUB CASTELRENAUDIN**, pour sa communication interne et/ou externe, à utiliser, pour la saison 2026/2027, l'image de la personne, objet de la présente fiche, et cela sur tout type de support (notamment sur le site internet du club).
- Peut être contacté(e) à l'adresse e-mail suivante (IMPERATIF) :
- Dispositions relatives au certificat médical :

➤ **Pour les adultes :**

Suite à l'annonce du ministre de la santé du 08 Février 2023, le certificat médical demandé par certains établissements comme les fédérations sportives doit devenir une exception. A ce titre, le Comité exécutif de la Fédération française de tennis a validé la suppression du certificat médical pour les majeurs afin de lever tous les freins liés à nos activités sportives.

Date et signature du sportif : _____

➤ **Pour les mineurs :**

*Je soussigné Mr/Mme _____, en ma qualité de représentant légal de _____
Atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé MINEURS et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.*

Le formulaire d'attestation, signé par le représentant légal, sera fourni au club : En cas de réponse positive à l'une des rubriques du questionnaire, un certificat médical de moins de 6 mois devra être fourni.

☐ *Certificat « Hors compétition »*

☐ *Certificat « En compétition »*

Date et signature du représentant légal :

L'adhésion au Club entraîne *de facto* l'adhésion du membre à la Fédération Française de Tennis [dont ses organes déconcentrés (Ligues et Comités Départementaux)].

Le Club et la FFT pourront être amenés à utiliser vos données personnelles (notamment l'adresse électronique) à des finalités fédérales (notamment l'envoi de l'attestation de licence).

A cette fin, les informations collectées seront susceptibles de donner lieu à un traitement informatique par le Club et la FFT.

Par ailleurs, acceptez-vous de recevoir des propositions commerciales de la part de la FFT (billetteries pour Roland-Garros et le BNP Paribas Masters, etc...) et de ses partenaires :

☐ Oui

☐ Non

En tout état de cause, conformément à l'article 39 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données vous concernant.

Pour l'exercice de ces droits, vous êtes invité à vous adresser au Club (*Mr Bruno Sorin*) ou à la FFT [service « organisation et systèmes d'information » : fft@fft.fr / 2, avenue Gordon Bennett – 75016 Paris].

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement de vos données. Pour toutes informations sur la protection des données individuelles, veuillez consulter le site de la CNIL (www.cnil.fr).

Date :

Signature du membre (ou pour un mineur de son représentant légal) :