



## TENNIS CLUB DE PELTRE

Cour de la Mairie

57245 PELTRE

06.78.80.23.27

Courriel : [tennispeltre@gmail.com](mailto:tennispeltre@gmail.com)



TC Peltre

### TARIFS 2021-2022

|                         | Jeunes<br>(6 ans et -) | Jeunes<br>(7 à 18 ans) | Adultes<br>(18 ans et +) |
|-------------------------|------------------------|------------------------|--------------------------|
| Cotisation              | 90.00 €                | 90.00 €                | 100.00 €                 |
| Cotisation + cours      | 120.00 €               | 120.00 €               | 150.00 €                 |
| Licence                 | 12.00 €                | 20.00 €                | 30.00 €                  |
| Adhésion Metz Métropole | 5.00 €                 | 5.00 €                 | 20.00 €                  |

L'adhésion Metz Métropole n'est due que pour les personnes résidant à l'extérieur de la Communauté d'agglomération de Metz Métropole.

L'accès aux cours est réservé aux membres à jour de leur cotisation.

### Ecole de tennis :

Une fois par semaine de mi-septembre 2021 à mai 2022 (hors jours fériés) en dehors des vacances scolaires.

Les cotisations doivent être réglées en totalité pour l'année au moment de l'inscription.

Nous vous rappelons que votre enfant n'est pris en charge que durant le cours de l'Ecole de Tennis, en dehors, il reste sous votre entière responsabilité.

Aussi, il vous appartient de vérifier la présence du moniteur à votre arrivée.

J'autorise le Tennis Club de Peltre à publier mes photos dans le cadre des activités du club.

Je n'autorise pas le Tennis Club de Peltre à publier mes photos.

## Formulaire d'inscription 2021/2022

1ère inscription  Réinscription

### Informations personnelles

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

### Adresse

Rue : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. Domicile : \_\_\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

### Renseignements sportifs

Niveau tennis : \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous jouer en compétition par équipe ?  Oui  Non

### Observations :

### Modalités de paiement :

CHQ Bancaire

Espèces

Règlement à l'ordre du Tennis club de Peltre

Cotisation \_\_\_\_\_

Licence \_\_\_\_\_

Metz Métropole \_\_\_\_\_

**Total :** \_\_\_\_\_

### Attestation

dans le cadre de l'article 193 des Règlements Sportifs de la FFT pris en application des articles D. 231-1-4-1 et A. 231-3 du Code du Sport

Je soussigné(e) M/Mme \_\_\_\_\_,

exerçant l'autorité parentale sur \_\_\_\_\_,

atteste(nt) que chacune des rubriques du questionnaire « Questionnaire relatif à l'état de

santé du sportif mineur en vue de l'obtention, du renouvellement d'une licence d'une

fédération sportive ou de l'inscription à une compétition sportive autorisée par une

fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée, hors disciplines à

contraintes particulières » a donné lieu à une réponse négative.

Date et signature(s) des personnes exerçant l'autorité parentale :

**QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES**  
(Annexe II-23, art. A. 231-3 du code du sport)

*Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.*

Faire du sport : c'est recommandé pour tous.  
En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ?  
Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

|  |                                    |  |  |
|--|------------------------------------|--|--|
| Tu es une fille <input type="checkbox"/>   | un garçon <input type="checkbox"/> | Ton âge :<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans |  |
| Depuis l'année dernière  | OUI                                | NON  |  |
| Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?                                | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>   |  |
| As-tu été opéré (e) ?  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>   |  |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>   |  |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ?  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>   |  |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>   |  |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                       | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>   |  |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>   |  |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>   |  |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>   |  |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                          | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>   |  |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                        | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>   |  |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                           | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>   |  |

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)

|   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Te sens-tu très fatigué (e) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu triste ou inquiet ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleures-tu plus souvent ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aujourd'hui

|   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Questions à faire remplir par tes parents

|   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?<br>(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

**Le présent questionnaire n'est pas à remplir, il sert uniquement à savoir si vous devez produire un certificat médical ou simplement remplir l'attestation ci-contre.**