

Association : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom d'usage \* : \_\_\_\_\_ Prénom \* : \_\_\_\_\_

Nom de naissance \*\* : \_\_\_\_\_ Date de Naissance \* : \_\_\_\_\_

( si différent du nom d'usage )

Pays de naissance \*\* : \_\_\_\_\_ Ville de naissance / Code Postal \*\* : \_\_\_\_\_

Sexe\* : \_\_\_\_\_ Nationalité\* : \_\_\_\_\_ Si né à l'étranger : \_\_\_\_\_

Classement : Autre Points : 500

- Nom et prénom du père : \_\_\_\_\_

- Nom et prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Adresse \* : \_\_\_\_\_

Code Postal \* : \_\_\_\_\_ Ville \* : \_\_\_\_\_

Téléphone Fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone Portable : \_\_\_\_\_

Courriel \* : \_\_\_\_\_

Les données à caractère personnel (nom, prénom, date de naissance, sexe, nationalité, adresse postale, courriel) sont indispensables à la délivrance de votre licence par la FFTT.

**Certification médicale :** ☐ Je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu « non » à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical , de l'imprimé N° 26-10-2 pour les mineurs , de l'imprimé spécifique à la licence découverte N° 26-10-3 pour les majeurs .

☐ Je joins un certificat médical de pratique sportive de moins d'un an à la date de cette demande, établi par le médecin sur papier libre ou sur l'imprimé 26-9

**\* Vous devez obligatoirement cocher une de ces deux cases et une seule**

**Assurances :** ☐ J'atteste avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance.  
MAIF garantit l'ensemble des licenciés de la Fédération Française de Tennis de Table  
Le soussigné déclare avoir pris connaissance de l'extrait des conditions générales proposées par la FFTT sur son site WEB, à l'adresse [www.fftt.com](http://www.fftt.com), rubrique « Jouer ».  
Les garanties Responsabilité Civile et Individuel Accident de base du contrat fédéral MAIF 4314143R sont étendues aux détenteurs de la licence Découverte.

**\* Vous devez obligatoirement cocher cette case**

### Protection des données

En vertu du droit à l'oubli, vous avez le droit de demander à la FFTT l'effacement de vos données à caractère personnel (nom, date de naissance, sexe, nationalité, adresse postale, téléphone, courriel). Pour cela, merci de vous adresser à votre organisme gestionnaire.

En cas de non renouvellement de licence, ces données à caractère personnel seront conservées par la FFTT jusqu'à la fin de la saison suivante ; elles seront ensuite inaccessibles.

### Signature du titulaire ou du représentant légal ( pour les mineurs )

- ☐ J'accepte que mes coordonnées (adresses postales, mail, téléphones) soient utilisées par la FFTT à des fins associatives (Opt-in FFTT)
- ☐ J'accepte que mes coordonnées (adresses postales, mail, téléphones) soient utilisées par la FFTT à des fins commerciales (Opt-in Partenaires)
- ☐ Je refuse à la fédération la prise de vues et l'utilisation de celles-ci dans le cadre des publications fédérales, dans le respect de la personne

Fait à ..... le .....

Signature :

\* : Obligatoire pour tous les licenciés

\*\* : Obligatoire tous les dirigeants et éducateurs, fortement conseillé pour les autres licenciés