

SAISON 2024 - 2025

FICHE JOUEUR

N° de licence :

CATEGORIE :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU NAISSANCE :

N° DE TELEPHONE :

PORTABLE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

EMAIL :

Autorisation d'insertion de photos ou vidéos sur les documents ou le site du club. **OUI / NON**

Autorisation de prise en charge de votre enfant pour les déplacements à l'extérieur. **OUI / NON**

SIGNATURE DU JOUEUR ou des représentants légaux :

SAISON 2024 - 2025

CERTIFICAT MEDICAL

Je Soussigné _____ certifie avoir examiné ce jour,

Mme, Melle, Mr _____ qui ne présente pas de contre-indication à la pratique du Tennis de Table en compétition.

Fait à _____, le _____

Signature et cachet du médecin :