



# FICHE D'INSCRIPTION 2025-2026

44 rue d'Aigremont, 78300 Poissy  
Tel : 07.56.86.56.80 – Email : [uscpoissytt@live.fr](mailto:uscpoissytt@live.fr)  
<http://www.uscpoissytt.com>

## Merci de compléter tous les champs en MAJUSCULES

|                                                                                                                                                                                              |                            |                                                                                                                                                                                                 |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Nom :                                                                                                                                                                                        |                            | Prénom :                                                                                                                                                                                        |               |
| F <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                   | H <input type="checkbox"/> | Date de naissance : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |               |
| Lieu de naissance :                                                                                                                                                                          |                            | Pays :                                                                                                                                                                                          | Nationalité : |
| Adresse :                                                                                                                                                                                    |                            |                                                                                                                                                                                                 |               |
| Code Postal :                                                                                                                                                                                |                            | Ville :                                                                                                                                                                                         |               |
| Tel Portable : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> |                            |                                                                                                                                                                                                 |               |
| Email :                                                                                                                                                                                      |                            |                                                                                                                                                                                                 |               |

### Coordonnées du représentant légal :

|              |  |                |  |
|--------------|--|----------------|--|
| Nom (Mère) : |  | Prénom :       |  |
| Email :      |  | Tel Portable : |  |
| Nom (Père) : |  | Prénom :       |  |
| Email :      |  | Tel Portable : |  |

### Autorisation parentale : Je soussigné(e) :

1/Vérifierai qu'à l'heure des cours, mon enfant est bien pris en charge par le ou les responsables de l'USCP

2/Autorise mon enfant à quitter seul(e) la salle à la fin des entrainements.

OUI ☐

NON ☐

3/Autorise toute autre personne à transporter mon enfant dans son véhicule personnel, à l'occasion des déplacements nécessités par la pratique du tennis de Table.

OUI ☐

NON ☐

➔ Je m'inscris au groupe WhatsApp (communications et informations du club) : OUI ☐

NON ☐

➔ J'accepte l'utilisation des photographies prises lors des compétitions/entrainements pour le bulletin du club, son site internet sur sa page Facebook, sur Instagram. OUI ☐

NON ☐

➔ Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'assurance, du règlement intérieur, des chartes : régionale d'éthique, de déontologie du sport et de la Laïcité, affichés à la salle.

### Règlement, comportement, engagements des adhérents :

➔ Tenue sportive obligatoire à l'entraînement et en compétition : Paire de chaussures de salle (différente de celle avec laquelle vous êtes arrivés), Short / jupe, tee-shirt

➔ L'attestation de licence (imprimée ou format informatique) est obligatoire à chaque compétition.

➔ Tout comportement anti-sportif ou perturbateur pourra donner lieu à l'exclusion temporaire ou définitive de l'association. Dans ce cas, la cotisation reste acquise à l'association.

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

Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :  
(Responsable légal pour les mineurs)



# FICHE D'INSCRIPTION 2025-2026

44 rue d'Aigremont, 78300 Poissy  
Tel : 07.56.86.56.80 – Email : [uscpoissytt@live.fr](mailto:uscpoissytt@live.fr)  
<http://www.uscpoissytt.com>

| Montant de l'adhésion :                                         | Catégorie 1<br>Jeunes et Adultes<br>(*) / (**) | Catégorie 2<br>Parkinson<br>Sport santé | Catégorie 3<br>Baby | Catégorie 4<br>licencié autre club<br>(Que créneaux "Loisir") |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------|
| COTISATION<br>(Entraînements dirigés + compétitions par équipe) | 280 Eur                                        | 190 Eur                                 | 140 Eur             | 120 Eur                                                       |
| Participation compétition Individuelle                          | 42 Eur                                         |                                         |                     |                                                               |
| (*) Réduction sur Catégorie 1 (année complète !) 2èm inscrit    | -20 Eur                                        |                                         |                     |                                                               |
| (*) Réduction sur Catégorie 1 (année complète !) 3èm inscrit    | -40 Eur                                        |                                         |                     |                                                               |
| (**) Réduction sur catégorie 1 à partir du 1er janvier : -60€   | -60 Eur                                        |                                         |                     |                                                               |
| (**) Réduction sur catégorie 1 à partir du 1er avril : -120€    | -120 Eur                                       |                                         |                     |                                                               |
| Paiement par coupons ANCV ou CB                                 | 5 Eur                                          |                                         |                     |                                                               |
| TOTAL A PAYER ==>                                               |                                                |                                         |                     |                                                               |

|                                                                                             |                 |         |                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Ville de Poissy => 11 à 17 ans (entre 01/01/08 et 31/12/14) fournir copie : CI + Justif dom | Pass-Sport Club | 30 Eur  | Joindre<br>un RIB<br>pour le<br>remboursement<br>après perception<br>par le club |
| Départemental (78 et 92) => entre 11 et 15 ans, fournir : Carte/identifiant                 | Pass+           | 80 Eur  |                                                                                  |
| Ministère Educ Nat Jeunesse et Sports, fournir : lettre du ministère                        | Pass'Sport      | 50 Eur  |                                                                                  |
| Region IdF (15 à 17 ans)                                                                    | Labaz           | 100 Eur |                                                                                  |

| Modalités de paiement                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Montants     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| (*) Si paiement par virement : paiement 100% le jour de l'inscription<br>(**) Si paiement par chèque : maximum 4 à l'ordre de « USC POISSY » à encaisser avant le 15/12<br>1er chèque d'au moins 60 Eur encaissable le jour de l'inscription<br>Au dos, mois d'encaissement et nom du joueur si différent | CB (*)       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Virement     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | En espèces   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Chèque (**)  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Coupons ANCV |

Demande de facture pour CE : ☐ NON ☐ OUI : A payer ☐ OUI : Acquittée ☐

|                 |                                         |     |                          |     |                          |
|-----------------|-----------------------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Participation : | Championnat des jeunes par équipe       | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
|                 | Championnat individuel                  | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
|                 | Championnat de France Adulte par équipe | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
|                 | Championnat de Paris par équipe         | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |

**Réservé à l'association** : le : \_\_ / \_\_ / \_\_ Type : Compétition / Loisir N° de licence \_\_\_\_\_

L'Association USC Poissy s'engage formellement à ne vendre ou à n'échanger aucune information personnelle. Les informations recueillies sur ce formulaire par l'Association sont nécessaires pour l'enregistrement de votre demande d'inscription et sont également enregistrées dans un fichier informatisé, pour la gestion de votre dossier permanent et des relations avec le secrétariat de l'Association et à la Fédération Française de Tennis de Table. Elles sont conservées pendant un (1) an et sont destinées à l'édition de la licence sportive par la Fédération, à la présentation statistique des membres pour les partenaires, et aux relations quotidiennes entre l'association et ses membres.

En application de l'article 15 et suivants du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif aux traitements des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de suppression et de rectification des informations qui vous concernent. Il vous suffit de contacter M. Guyot Arnaud, secrétaire de l'Association, à l'adresse suivante : [bureau.uscpoissytt@outlook.fr](mailto:bureau.uscpoissytt@outlook.fr)



# FICHE D'INSCRIPTION 2025-2026

44 rue d'Aigremont, 78300 Poissy  
Tel : 07.56.86.56.80 – Email : [uscpoissytt@live.fr](mailto:uscpoissytt@live.fr)  
<http://www.uscpoissytt.com>

2

## POUR MINEUR



N° 25-10-2

### ATTESTATION

( Coupon à découper et à joindre avec la demande de licence )

Je soussigné :

NOM :

PRENOM :

N° de licence :

déclare avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.  
Je sais qu'à travers cette attestation, et comme cela est précisé dans la circulaire administrative de la FFTT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFTT ne pourra être recherchée.

Date et signature du joueur mineur

Date et signature du représentant légal obligatoire

## POUR MAJEUR



N° 25-10-1

### ATTESTATION

( Coupon à découper et à joindre avec la demande de licence )

Je soussigné :

NOM :

PRENOM :

N° de licence :

déclare avoir pris connaissance des différents cas de figure me permettant d'utiliser un autoquestionnaire, avoir précédemment fourni un certificat médical si j'ai plus de 40 ans ou suis en catégorie Vétéran et atteste avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.

Je sais qu'à travers cette attestation, et comme cela est précisé dans la circulaire administrative de la FFTT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFTT ne pourra être recherchée.

Certificat médical précédent :

Date :

Nom du médecin :

Date et signature du titulaire ou du représentant légal



## Questionnaire de Santé pour Mineur

**Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si êtes mineur au moment de la prise de la licence**  
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 ☐ un garçon ☐

Ton âge:  ans

| Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.  |                                                                                                                                                                                                                         | Oui                      | Non                      |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois :</b>                  |                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 1                                                     | Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2                                                     | As-tu été opéré(e) ?                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3                                                     | As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4                                                     | As-tu beaucoup maigri ou grossi ?                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5                                                     | As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6                                                     | As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7                                                     | 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"/> |
| 8                                                     | As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9                                                     | As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10                                                    | As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11                                                    | As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12                                                    | As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Depuis un certain temps : (plus de 2 semaines)</b> |                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 13                                                    | Te sens-tu très fatigué(e) ?                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14                                                    | As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15                                                    | Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16                                                    | Te sens-tu triste ou inquiet ?                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17                                                    | Pleures-tu plus souvent ?                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18                                                    | 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"/> |
| <b>Aujourd'hui :</b>                                  |                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 19                                                    | Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20                                                    | Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21                                                    | Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Questions à faire remplir par tes parents :</b>    |                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 22                                                    | 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"/> |
| 23                                                    | Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24                                                    | 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"/> |



N° 25-10-1

## Questionnaire de Santé pour Majeur

**Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire :**

- Si vous êtes majeur de moins de 40 ans et n'évoluez pas en catégorie Vétérain ;

- Si vous évoluez en catégorie Vétérain, avez présenté un certificat médical lors de votre accession ou votre dernier changement de catégorie Vétérain et avez été licencié en continu depuis cette date, avec la mention "certificat médical présenté".

L'accession à la catégorie Vétérain, ou tout changement de catégorie Vétérain implique la présentation d'un nouveau certificat médical daté de moins d'un an

| Répondez aux questions suivantes par oui ou par non. |                                                                                                                                                                                                                       | Oui                      | Non                      |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois :</b>                 |                                                                                                                                                                                                                       |                          |                          |
| 1                                                    | Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2                                                    | Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3                                                    | Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4                                                    | Avez-vous eu une perte de connaissance ?                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5                                                    | Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6                                                    | Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>A ce jour :</b>                                   |                                                                                                                                                                                                                       |                          |                          |
| 7                                                    | Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.), survenue durant les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8                                                    | Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9                                                    | Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié et de son représentant légal.

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Ainsi, il n'est pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du Tennis de Table.

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attester en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

**Ce questionnaire est confidentiel et ne doit être remis qu'à un médecin si nécessaire.**