



Certificat d'aptitude médicale - Valable à partir du 01/05/2024

Je soussigné _____ Docteur en médecine
certifie avoir examiné M. _____

De cette anamnèse et de cet examen, il résulte que l'intéressé(e) est APTE INAPTE à la pratique du Tennis de table en ce compris l'entraînement et la mise en condition physique

Le _____ - Signature et cachet du médecin

Déclaration sur l'honneur - Cocher obligatoirement la mention utile

- J'affirme sur l'honneur n'avoir jamais été affilié(e) à aucune fédération
 J'ai été affilié(e) en _____ à la Fédération _____ où mon classement était _____

Pour tous les affiliés

Je soussigné, déclare avoir pris connaissance des Statuts et Règlements de l'Aile Francophone de la F.R.B.T.T. en ce compris le code éthique sportive, de la réglementation sur le dopage et m'y soumettre sans restriction ainsi qu'aux stipulations du contrat d'assurance souscrits par l'Aile Francophone de la F.R.B.T.T.

Date _____ Signature _____

Le cercle sportif

Pour visa,

Signature du secrétaire _____

Pour les affiliés mineurs seulement

Je soussigné, père, mère ou représentant légal de l'intéressé(e) déclare marquer mon accord à cette affiliation

Date _____ Signature _____