



Inscription Enfant saison 2024/2025



Informations générales

Civilité Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Représentant Légal :

Nom :

Prénom :

Email :

N° de Téléphone :

Email :

N° de Téléphone :

Situation médicale : QS sport (voir verso) certificat médical (date :.....)

Le QS Sport suffit sauf s'il y a une réponse négative, dans ce cas obligation de certificat médical

Tarifs saison 2024-2025 pour 28 séances annuelles (licence incluse)*

*10% sur l'inscription enfant en cas d'inscription d'un parent

Formule	Age	Fréquence	Tarifs
Baby Tennis	3-4 ans	1x1h/sem	160€
Mini Tennis	5-6 ans	1x1h/sem	230€
		2x1h/sem	400€

Formule	Age	Fréquence	Tarifs
Galaxie Tennis	7-10 ans	1x1h30/sem	300€
		2x1h30/sem	475€
Tennis Loisir	10-17 Ans	1x1h30/sem	300€
		2x1h30/sem	475€

Formule	Age	Fréquence	Tarifs	Engagement du joueur**
Centre de compétition	11-17 ans	1x1h30/sem	315€	Participer à minimum 7 matchs officiels sur la saison
		2x1h30/sem	475€	Participer à minimum 12 matchs officiels sur la saison
		3x1h30/sem	630€	Participer à minimum 15 matchs officiels sur la saison

** formation à l'arbitrage incluse

Formule	Tarifs
Cotisation sans cours collectif	165€
Licence enfant (7-18 ans)	23€
Licence enfant (3-6 ans)	13€

Droit à l'image

Je soussigné(e) (nom et prénom), responsable légal de l'enfant autorise le TC Illberg et ses enseignants à prendre des photos et des séquences vidéos de mon enfant, et à les publier sur les supports interactifs associés au club (site internet, Facebook, réseaux sociaux).

Signature :



Règlement

Date :

Espèces

Virement

CB

Chèque, banque :

N° Chèque :

Nom du porteur du chèque :

Renouvellement de licence d'une fédération sportive

Questionnaire de santé « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
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 ou un malaise ?	<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"/>
A ce jour		
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...) survenu 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"/>
<i>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

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

Je soussigné, Monsieur/Madame [Prénom NOM]
 en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]
 atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01 et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal :