



Cours collectifs adultes

Jeu libre adultes

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION ADULTES SAISON 2020/2021

Madame  Monsieur

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Niveau/Classement : \_\_\_\_\_

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

Ville et code Postal : \_\_\_\_\_

N° Tél : Dom : \_\_\_\_\_ Port : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Inscription au cours collectifs

Inscription jeu libre

### Disponibilités

Lundi soir

Mardi soir

Mercredi Soir

Jeudi soir

Vendredi soir

Samedi fin d'après midi

### A titre indicatif

Souhaitez-vous jouer en compétition par équipe ?

Oui

Non

Ne sait pas

### Engagement :

Je soussigné(e) M..... m'engage à respecter les statuts et le règlement intérieur du Club ; ainsi qu'à régler le montant total de l'adhésion : \_\_\_\_\_

Comptant

en 3 Fois

Fait aux Lilas le \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

## **Protection des données personnelles -**

### **1 – Coordonnées personnelles :**

L'adhésion au club entraîne de facto l'adhésion du membre au comité départemental à la Ligue de tennis de Seine-Saint-Denis et à la FFT.

Sous réserve de l'accord du membre dans les conditions du paragraphe ci-après, le club, la ligue et la FFT pourront éventuellement réutiliser ses données à toutes autres fins – notamment tout courrier non sollicité, électronique ou non, ne concernant pas directement l'organisation de l'activité fédérale et comprenant : les informations relatives à la billetterie des internationaux de France et/ou du BNP Paribas Masters, les invitations pour les ventes exceptionnelles de la boutique de Roland Garros, etc. ..., et les transférer à titre onéreux ou gratuit à leur partenaires commerciaux respectifs.

A cet égard, merci de bien vouloir cocher l'une et/ou l'autre des cases ci-après :

- Vous ne souhaitez pas que vos données personnelles (hors adresse électronique) soient utilisées par la FFT à des fins de prospection.
- Vous ne souhaitez pas que vos données soient utilisées par nos partenaires à des fins promotionnelles.

### **2 – Droits et devoirs**

En tout état de cause, conformément à l'article 39 de la loi (informatiques et libertés) du 5 janvier 1978, le membre dispose d'un droit d'accès, de modifications, de rectifications et de suppressions des données le concernant.

Pour l'exercice de ces droits, le membre est invité à s'adresser par courriel : [tc.leslilas@fft.fr](mailto:tc.leslilas@fft.fr) ou par courrier postal. Il peut également s'adresser à la FFT (Service « organisation et systèmes d'informations » : [fft@fft.fr](mailto:fft@fft.fr) / 2 av Gordon Bennett 75016 PARIS).

Vous pouvez également pour des motifs légitimes vous opposer au traitement de vos données.

Pour toutes informations sur la protection des données individuelles, veuillez consulter le site de la CNIL ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

Je soussigné Mme / Mr (Nom / Prénom) \_\_\_\_\_ (si l'adhésion concerne un mineur) :

agissant en qualité de représentant légal de \_\_\_\_\_

- reconnaît que l'adhésion au Tennis Club des Lilas entraîne l'acceptation du règlement intérieur de celui-ci et des règlements de la Fédération Française de tennis (FFT) affichés dans le club house.
- reconnaît avoir conscience des risques inhérents à la pratique sportive, d'avoir été informé et pris connaissance des garanties d'assurances proposées avec la licence.
- reconnaît avoir été averti de l'intérêt de souscrire des garanties complémentaires proposées par la FFT afin de bénéficier d'une meilleure indemnisation en cas de dommage corporel.
- autorise le club pour sa communication interne et/ou externe, à utiliser pour la saison 2020/2021, l'image de la personne, objet de la présente fiche, et cela sur tout support (notamment sur le site Internet du club).

Date :

Signature :

## Certificat médical

dans le cadre des articles 193, 194 et 195 des Règlements Sportifs de la FFT pris en application des articles L.231-2 à L.231-2-2 du Code du Sport

Je soussigné, Docteur : \_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné ce jour M / Mme / Melle : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du tennis/ para-tennis, y compris en compétition.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Signature du Médecin

Cachet du Médecin