



Bulletin d'adhésion jeune - Saison 2026-2027

*Merci de remplir ce document en **MAJUSCULES***

Informations concernant l'enfant

Nom : _____	Sexe (M/F) : _____
Prénom : _____	Age : _____ ans
Date de naissance : ____/____/____	Nationalité : _____
Adresse : _____	
Code postal : _____	Ville : _____
Téléphone : _____	
Email : _____	
☐ Je souhaite que mon enfant soit sur le groupe WhatsApp du club	
Adhérent en 2025-2026 dans un autre club : ☐ oui (précisez) _____ ☐ non	

Informations concernant les responsables légaux

Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Lien : ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre	Lien : ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre
Adresse : _____	Adresse : _____
_____	_____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
☐ Je souhaite être sur le groupe WhatsApp	☐ Je souhaite être sur le groupe WhatsApp
Email : _____	Email : _____

Personne à prévenir en cas d'accident (si différente des responsables légaux)

Nom - Prénom : _____ Téléphone : _____

Informations complémentaires que vous souhaitez nous communiquer

Association **US Ivry Tennis de table**

Siège social : Comité FSGT du Val de Marne – 115 av. Maurice Thorez, 94200 Ivry sur Seine

Email : contact@usivrytt.fr – Tél. : 06 95 30 30 71 – www.usivrytt.com



Autorisations

Je soussigné(e) _____, responsable légal(e) de l'enfant _____ :

- ☐ autorise mon enfant à être transporté en véhicule personnel pour participer aux déplacements.
- ☐ autorise l'US Ivry Tennis de Table à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale selon les prescriptions médicales.
- ☐ atteste être informé(e) que l'US Ivry Tennis de Table n'est pas responsable de mon enfant en dehors des horaires des créneaux prévus pour les activités.
- ☐ autorise l'US Ivry Tennis de Table à utiliser dans ses publications (réseaux sociaux, site internet) des photos de moi et/ou de mon enfant, à titre gratuit, réalisées lors des activités du club.
- ☐ autorise mon enfant à sortir seul après l'entraînement.
- ☐ atteste avoir pris connaissance du règlement du club et m'engage à le respecter et à le faire respecter par mon enfant.

Cotisation

- ☐ Enfant (*né(e) en 2017 et après*) : 145 €
- ☐ Jeune (*né(e) entre 2008 et 2016*) : 170 €
- ☐ Sport Adapté / Handisport : 80 €
(sur présentation d'un certificat médical)
- ☐ Non Ivryen : + 10 €
- ☐ Famille nombreuse : - 10 €
(à partir du 2^{ème} enfant)
- ☐ Critérium Jeune FFTT : + 34 €
- ☐ Championnat par équipe : + 20 €

Mode de paiement :

- ☐ Chèque
- ☐ Espèces
- ☐ Virement (date) : ____/____/____
- ☐ Pass'sport
- ☐ Chèque vacances ANCV (+ 5€)
- ☐ Coupon sport ANCV (+ 5€)

Total : _____ euros

- ☐ Je souhaite recevoir une attestation de paiement



Les entraînements

Mon enfant souhaite venir à/aux entraînement(s) suivant(s) :

- | | | |
|-----------------------------------|-------------|------------------------------------|
| ☐ Mardi | 18H30-20H | Jeunes compétiteurs |
| ☐ Mercredi | 16H-18H | Jeunes compétiteurs |
| ☐ Mercredi | 18H15-19H45 | Jeune Intermédiaire |
| ☐ Mercredi | 18H15-19H45 | Jeune Débutant |
| ☐ Jeudi | 18H30-20H | Jeunes Débutants et intermédiaires |
| ☐ Samedi | 13H30-14H30 | Enfant (nés entre 2017 et 2020) |
| ☐ Samedi | 14H45-16H15 | Jeune Débutant |

Fait à _____, le ____/____/____

Signature du/des responsable(s) légal/aux :



Assurance - Saison 2026-2027

Assurance

*Avec la licence fédérale qui vous sera délivrée, une assurance individuelle couvrant les dommages corporels vous est proposée. Les garanties couvertes correspondent au minimum à **une garantie de base** individuelle Accident. Des extensions optionnelles complémentaires aux garanties de base sont proposées à l'adhérent, adaptées à sa situation et qu'il peut avoir intérêt à souscrire personnellement auprès de l'assureur de sa Fédération.*

- ☐ Je reconnais avoir été avisé(e), conformément aux dispositions de l'article L321-4 du code du sport, de l'intérêt que présente la souscription par mes soins d'une assurance couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.
- ☐ Je reconnais en outre avoir été informé(e), conformément aux dispositions de l'article L321-6 du Code du sport,
- de la possibilité d'adhérer au contrat collectif d'assurance souscrit par la Fédération à laquelle je suis affilié(e)
 - que cette adhésion, qui n'est pas obligatoire, implique le paiement d'une cotisation annuelle déterminée par la Fédération affiliée auprès d'un assureur
 - de la possibilité de souscrire à des garanties complémentaires dommages corporels.
- ☐ Je reconnais avoir pris connaissance des tarifs des garanties de base et des garanties complémentaires que je peux souscrire individuellement auprès de l'assureur de ma fédération.
- ☐ Je reconnais avoir reçu copie de la notice descriptive de cette assurance collective souscrite par la Fédération à laquelle je suis affilié(e), établie par l'assureur conformément au deuxième alinéa de l'article L.141-4 du code des assurances.

En conséquence, je choisis *(une seule case à cocher) :*

- ☐ De souscrire à la garantie de base *(incluse dans votre cotisation)*
- ☐ De souscrire aux garanties complémentaires couvrant les dommages corporels *(proposées par vos fédérations)*
- ☐ De ne pas souscrire au contrat collectif d'accident corporel et je ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre de ce contrat. J'atteste néanmoins avoir été informé(e) de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer.

Je soussigné(e) _____ atteste avoir pris connaissance des règles relatives aux conditions d'assurance telles que mentionnées ci-dessus et avoir souscrit l'option de mon choix.

Fait à _____, le ____/____/____ Signature du/des responsable(s) légal(aux) :