



# INSCRIPTION 2026/2027

## Informations générales

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

E-mail et téléphone :

Nombre d'années de tennis:

Classement :

N° carte d'accès terrains :

## Disponibilités

Jours et horaires possibles  
(covoiturage, préférences  
etc...)

Jours impossibles :

## Certificat Médical

- Adhérent(e) mineur(e): questionnaire de santé spécifique aux mineurs avec attestation signée des personnes exerçant l'autorité parentale ou certificat médical de moins de 6 mois autorisant la pratique du tennis en compétition ou non, si au moins une réponse positive au questionnaire de santé

- Adhérent(e) majeur(e) : aucun document demandé

## Aide au club : droit à l'image, coordonnées et bénévolat

Autorisez-vous le TC Morlaàs à utiliser votre image à travers ses moyens de diffusion (site web, page Facebook, page Instagram presse, club, etc.) ?

OUI  NON

Autorisez-vous le TC Morlaàs à communiquer vos coordonnées téléphoniques afin de les partager aux autres adhérents pour jouer entre vous ? (whatsapp, affichage au club...)

OUI  NON

Êtes-vous prêt(e) à devenir bénévole du club?

Nous avons besoin de vous, toute bonne volonté est la bienvenue!

OUI  NON

## Paiement cotisation

- Pour les nouveaux adhérents : 10€ de caution pour la carte

- règlement possible en 4 fois

- chèques vacances et coupons sport acceptés

- pour les joueurs voulant la clé de la lumière : 20 € de caution

*Partie à remplir par le club*

Certificat médical

QS-SPORT

Caution carte accès terrains/lumière piscine

Caution clé lumière

Pass'Sport réduction 70€ code:

Montant :

Chèque, nombre(s) :

Espèces

Chèques vacances

CB SUMUP

Paiement en ligne TENUP

**QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR EN VUE DE  
L'OBTENTION, DU RENOUVELLEMENT D'UNE LICENCE D'UNE FÉDÉRATION SPORTIVE OU DE  
L'INSCRIPTION À UNE COMPÉTITION SPORTIVE AUTORISÉE PAR UNE FÉDÉRATION  
DÉLÉGATAIRE OU ORGANISÉE PAR UNE FÉDÉRATION AGRÉÉE, HORS DISCIPLINES À  
CONTRAINTES PARTICULIÈRES**  
(Annexe II-23, art. A. 231-3 du code du sport)

*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 <input type="checkbox"/>	un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ans	
Depuis l'année dernière		OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Te sens-tu très fatigué (e) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu triste ou inquiet ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleures-tu plus souvent ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |

**Aujourd'hui**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Questions à faire remplir par tes parents**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |

**Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.**

## Attestation

dans le cadre de l'article 193 des Règlements Sportifs de la FFT pris en application  
des articles D. 231-1-4-1 et A. 231-3 du Code du Sport

Je soussigné(e) M/Mme \_\_\_\_\_<sup>1</sup>,

exerçant l'autorité parentale sur \_\_\_\_\_<sup>2</sup>,

atteste(nt) que chacune des rubriques du questionnaire « *Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention, du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive ou de l'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée, hors disciplines à contraintes particulières* » a donné lieu à une réponse négative.

Date et signature(s) des personnes exerçant l'autorité parentale

---

<sup>1</sup> Préciser les prénom et nom des personnes exerçant l'autorité parentale

<sup>2</sup> Préciser les prénom et nom de l'enfant mineur

## 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. 231-2-1 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 / beach tennis / padel / courte paume<sup>1</sup> et des sports suivants<sup>2</sup>,  
y compris en compétition :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Signature du médecin

Cachet du Médecin

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Le cas échéant, rayer la ou les mention(s) inutile(s)

<sup>2</sup> Le cas échéant, compléter la liste des sports ne faisant pas l'objet d'une contre-indication