



TENNIS CLUB DE TOUQUES
02-31-88-37-67
tctouques@outlook.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION – ENFANT FICHE DE RENSEIGNEMENTS Année 2025 – 2026

dossier à retourner avant le 20/09/2025 accompagné du règlement

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu :

Adresse :

Code postal : Ville :

Classement : N° de licence :

Téléphone :

Email (obligatoire) :

**Nom et numéro de téléphone de la personne à prévenir en cas d'accident (parents
et/ou tuteurs légaux) :**

☐ 1ère inscription

☐ Réinscription

DISPONIBILITES

(merci de préciser les jours et les horaires auxquels votre enfant est disponible afin de pouvoir planifier au mieux les cours collectifs) :

.....

.....

DROIT A L'IMAGE

(à remplir obligatoirement, par le responsable légal pour les mineurs)

J'autorise l'association du Tennis Club de Touques à prendre des photographies de ma personne et à les publier sur des supports papiers et informatiques (site du club, réseaux sociaux) accompagnées uniquement de mon prénom.

☐ OUI

☐ NON

Nous vous informons que le Tennis Club de Touques ne saurait être responsable de vos enfants en dehors des horaires d'entraînement. Par conséquent, nous vous conseillons de venir les chercher **dès la fin du cours.**

*** Date et signature ***

**CERFA à COMPLETER ET SIGNER en bas de ma page
OBLIGATOIREMENT PAR LE RESPONSABLE DE L'ENFANT**

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 ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, 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.



NOM :

Prénom :

*Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-Sport Cerfa n°15699*01 et avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.*

Date :

Signature du licencié ou de son représentant légal :

SIGNATURE du responsable légal :

Tarifs école de tennis jeunes moins de 18 ans (licence comprise)

Formule mini-tennis ou loisir 1 h / semaine + abonnements courts ext.

218 € Licence comprise ☐

Formule compétition 1 h 30 / semaine + abonnement courts ext.

308 € Licence comprise ☐

Double inscription possible en fonction des places disponibles. Pour toute double inscription, l'inscription à toutes les compétitions homologuées organisées par le clus est offerte.