



Le 17 juillet 2025

## RENOUVELLEMENT DES LICENCES ET ADHESIONS MINEUR

Vous trouverez ci-joint l'ensemble des renseignements pour pratiquer le Tennis de Table à l'USM : tarifs, assurance, imprimés à remplir et à donner aux responsables.

Pour adhérer ou renouveler votre adhésion à l'US Mortagne Tennis de Table, merci de compléter les documents suivants :

- la fiche de renseignements individuels et d'adhésion au club
- l'autorisation parentale pour les mineurs
- la demande de licence-assurance complétée et signée
- le certificat médical rempli par votre médecin ou l'attestation signée de l'auto-questionnaire de santé
- le paiement du montant correspondant à la cotisation d'adhésion au club + le prix de la licence choisie.

Vous pourrez apporter vos dossiers complets de demande d'adhésion et de licence aux entraînements à la salle de Tennis de Table (Espace des Poulies) : entrée par la cour à l'angle de la rue St Lambert et de la rue Croix de Son, ou par le 48 rue des Quinze Fusillés.

Pour tout renseignement complémentaire, appeler Frédéric Legeai (0646055590) ou Claire Colin (0676947485) ou Jean-Paul Corvée (0648391470).

Bonne saison à tous

La secrétaire  
Claire Colin

Saison 2025-2026

| Date Phase 1   | Titre           |
|----------------|-----------------|
| ven 19/09/2025 | D1 D2 D3 J1     |
| sam 20/09/2025 | Reg J1          |
| ven 26/09/2025 | D4 J1           |
| sam 27/09/2025 | Reg J2          |
| ven 03/10/2025 | D1 D2 D3 D4 J2  |
| ven 10/10/2025 | J3 D1 D2 D3     |
| sam 11/10/2025 | Reg J3          |
| ven 17/10/2025 | D4 J3           |
| dim 19/10/2025 | CF T1           |
| dim 02/11/2025 | CJ TD T1        |
| sam 08/11/2025 | Tournoi Etoile  |
| dim 09/11/2025 | Tournoi Etoile  |
| mar 11/11/2025 | Tournoi Féminin |
| ven 14/11/2025 | D1 D2 D3 J4     |
| sam 15/11/2025 | Reg J4          |
| ven 21/11/2025 | D4 J4           |
| sam 22/11/2025 | CF T2           |
| ven 28/11/2025 | D1 D2 D3 J5     |
| sam 29/11/2025 | Reg J5          |
| ven 05/12/2025 | D4 J5           |
| ven 12/12/2025 | D1 D2 D3 J6     |
| sam 13/12/2025 | Reg J6          |
| dim 14/12/2025 | CJ TD T2        |
| ven 19/12/2025 | D4 J6           |
| ven 09/01/2026 | D1 D2 D3 D4 J7  |
| sam 10/01/2026 | Reg J7          |

| Date Phase 2   | Titre                  |
|----------------|------------------------|
| sam 24/01/2026 | CF T3                  |
| dim 01/02/2026 | Titres Dép Individuels |
| ven 06/02/2026 | D1 D2 D3 J1            |
| sam 07/02/2026 | Reg J1                 |
| dim 08/02/2026 | CJ TD T3               |
| ven 13/02/2026 | D4 J1                  |
| dim 15/02/2026 | INTERCLUBS             |
| ven 06/03/2026 | D1 D2 D3 J2            |
| sam 07/03/2026 | Reg J2                 |
| ven 13/03/2026 | D4 J2                  |
| sam 14/03/2026 | CF T4                  |
| ven 20/03/2026 | D1 D2 D3 J3            |
| sam 21/03/2026 | Reg J3                 |
| ven 27/03/2026 | D4 J3                  |
| dim 29/03/2026 | Finale par classements |
| ven 10/04/2026 | D1 D2 D3 J4            |
| sam 11/04/2026 | Reg J4                 |
| dim 12/04/2026 | CJ TD T4               |
| sam 18/04/2026 | Tournoi ACATT          |
| dim 19/04/2026 | Tournoi ACATT          |
| ven 24/04/2026 | D4 J4                  |
| ven 08/05/2026 | D1 D2 D3 D4 J5         |
| sam 09/05/2026 | Reg J5                 |
| ven 22/05/2026 | D1 D2 D3 J6            |
| ven 29/05/2026 | D4 J6                  |
| sam 30/05/2026 | Reg J6                 |
| ven 05/06/2026 | D1 D2 D3 D4 J7         |
| sam 06/06/2026 | Reg J7                 |

| Championnat Reg                     |  |
|-------------------------------------|--|
| Championnat D1-D2-D3                |  |
| Championnat D4                      |  |
| Championnat D1-D2-D3-D4             |  |
| Critérium Fédéral                   |  |
| Circuit Jeunes - Tournoi Découverte |  |
| INTERCLUBS                          |  |

|                |                     |
|----------------|---------------------|
| ven 12/06/2026 | QUART DE FINALE D4  |
| ven 19/06/2026 | 1/2 FINALE D2 D3 D4 |
| ven 26/06/2026 | FINALES D1 D2 D3 D4 |

|                |                    |
|----------------|--------------------|
| sam 13/06/2026 | FINALES COUPE ORNE |
|----------------|--------------------|

| Lundis :                 | Mercredis :                       | Jeudis :                | Samedis :                                         |
|--------------------------|-----------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------|
| 19h – 20h Fit Ping Tonic | 15h30 – 17h (Tous publics)        | 18h – 19h30 (Féminines) | 9h30 – 10h30 (Baby Ping)                          |
| 20h – 22h (Adultes)      | 17h30 – 19h (Jeunes compétition)  |                         | 10h30 – 12h (Tous publics)<br>+ Réalité Virtuelle |
|                          | 19h15 – 20h45 (Compétition)       |                         |                                                   |
|                          | 21h – 22h30 (Adultes compétition) |                         |                                                   |

# UNION SPORTIVE MORTAGNAISE TENNIS DE TABLE

## TARIFS SAISON 2025-2026

Les **tarifs** pour l'ensemble de la saison sportive 2025-2026 sont composés de l'**adhésion** au club pour l'année sportive, **plus** le montant de la **licence**-assurance, selon les barèmes ci-dessous.

Ils permettent de s'entraîner au club, de profiter des conseils d'un entraîneur, de disposer du matériel (tables, balles) et de jouer en championnat par équipes et en Coupe de l'Orne (avec une licence compétition).

Les engagements en compétitions individuelles (Critérium Fédéral, circuit jeunes, tournois) ne sont pas compris dans l'adhésion, et sont donc à la charge des licenciés.

### COTISATION D'ADHESION USMTT

- Renouvellement : 85,00 €
- 1<sup>ère</sup> année ou reprise d'activité : 70,00 €

Réduction de 10,00 € pour : les féminines, les jeunes dont les parents perçoivent l'ARS (fournir copie de l'avis de versement de la CAF), les publics en difficulté (pensionnaires IME ou CAT, chômeurs, allocataires RSA, etc.), les pratiquants d'une même famille à partir du 2<sup>ème</sup> pratiquant.

Le club accepte en paiement les Atouts Normandie du Conseil Régional et le Pass'Sport.

### LICENCE-ASSURANCE

Seule la licence compétition permet de participer à toutes les compétitions individuelles et par équipes de la Fédération Française de Tennis de Table

Les jeunes (poussins à juniors) avec une licence loisirs, peuvent aussi, pour leur 1<sup>ère</sup> année de licence, participer à quelques compétitions (circuit départemental des jeunes).

| Catégorie | Année de naissance | Licence compétition | Licence Promo-Loisirs |
|-----------|--------------------|---------------------|-----------------------|
| Vétérans  | avant le 01/01/86  | 70,00 €             | 19,40 €               |
| Seniors   | de 1986 à 2006     |                     |                       |
| Juniors   | de 2007 à 2010     |                     |                       |
| Cadets    | 2011 et 2012       | 52,00 €             | 9,50 €                |
| Minimes   | 2013 et 2014       |                     |                       |
| Benjamins | 2015 et 2016       | 37,00 €             | 9,50 €                |
| Poussins  | 2017 et après      |                     |                       |

**ASSURANCE** : Vous trouverez, joint au dossier, le détail et le montant des garanties comprises dans l'assurance – licence. Vous avez également la possibilité de souscrire des garanties complémentaires accident : trois formules vous sont proposées, moyennant une cotisation supplémentaire.

### CERTIFICAT MEDICAL

**Mineurs et majeurs jusqu'à 39 ans** : attestation signée de l'auto-questionnaire de santé (réponses « non » à toutes les questions) ou certificat médical (si une ou plusieurs réponses « oui » à l'auto-questionnaire de santé).

**Vétérans (40 ans et plus)** : certificat médical obligatoire tous les 5 ans, à chaque changement de catégorie (il y a dorénavant changement de catégorie vétéran tous les 5 ans : V40, V45, V50, V55, etc.).

Les années suivant la délivrance du certificat médical : attestation signée de l'auto-questionnaire de santé (réponses « non » à toutes les questions) ou certificat médical (si une ou plusieurs réponses « oui » à l'auto-questionnaire de santé).

**Modèles joints de certificat médical et d'auto-questionnaires de santé avec attestation à signer.**

**US MORTAGNAISE TT**  
**FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET ADHESION**  
**SAISON 2025 / 2026**

**Nom usuel** : ..... **Nom de naissance** (si différent) : ..... **Prénom** : .....

**Né(e) le** : ..... **à (CP et ville)** : .....

**Adresse** : .....

**Code Postal** : ..... **Ville** : .....

**Tél. Domicile** : ..... **Portables (indispensable pour les informations par WhatsApp)** : ..... **Tél 1** : .....  
**Tél 2** : .....

**Adresse mail** (indispensable pour recevoir l'attestation de licence) : .....

Adhère à L'Union Sportive Mortagnaise Tennis de Table pour la saison sportive 2025-2026.

L'adhésion implique la pleine et entière acceptation du règlement intérieur, consultable à la salle ou sur le site Internet du club.

A ..... le : .....

**Signature** :

---

**PERSONNE(S) A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

**Nom** : ..... **Prénom** : ..... **Tél.** : .....

**Lien de parenté** : ..... **Adresse** : .....

**Nom** : ..... **Prénom** : ..... **Tél.** : .....

**Lien de parenté** : ..... **Adresse** : .....

---

**DROIT D'IMAGE – PROTECTION DES DONNEES**

J'autorise – je n'autorise pas (\*) l'USM Tennis de Table à me photographier – photographier mon enfant (\*) pendant la saison sportive 2025-2026, et à publier éventuellement ces photos sur le site internet du club, sur sa page Facebook et dans la presse.

A ..... le : .....

**Signature** :

(\*) : rayer les mentions inutiles

---

**INFORMATIONS – COMMUNICATION SUR LA VIE DU CLUB**

Pour communiquer rapidement vers ses adhérents, le club a créé 2 groupes WhatsApp :

USMTT (toutes informations concernant la vie du club)

USMTT Compétition (informations sur les compétitions disputées par les joueurs du club).

Souhaitez-vous que le club ajoute votre numéro de mobile à ces groupes ?

USMTT : OUI NON (\*)

USMTT Compétition : OUI NON (\*)

(\*) : rayer les mentions inutiles

---

**Partie réservée à l'association**

**Paielement** :

- Licence :

- Cotisation :

- Réduction :

**TOTAL** :

**Règlé le** : .....

Espèces

Chèque N° .....Banque .....

# ADHERENTS MINEURS

## AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) .....père, mère, responsable de \* .....

autorise mon enfant à pratiquer les différentes activités proposées par l'US Mortagnaise Tennis de Table durant l'année sportive 2025-2026

autorise les déplacements en voiture pour participer aux diverses compétitions de Tennis de Table. Je décharge de toute responsabilité les personnes qui l'accompagneront en cas d'accident ou d'incident survenu au cours du trajet ou du séjour.

autorise le(s) responsable(s) présent(s) à prendre toute disposition qu'ils jugeront nécessaire en cas d'accident (transport, hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.).

Fait à ....., le :

**Signature :**

## CLAUSE D'EXONERATION DE RESPONSABILITES

Les parents ou responsables légaux du jeune faisant l'objet de la présente inscription en toute liberté à l'US Mortagnaise Tennis de Table, reconnaissent que la responsabilité de l'association ne pourra être engagée que dans le cas où un sinistre interviendrait par faute de cette dernière au lieu, jour et heure d'activité, c'est à dire toute la durée pendant laquelle le jeune est placé sous la garde de l'organisateur.

Ceci exclut les cas où le jeune abandonne l'activité et quitte le lieu où elle est pratiquée, se soustrayant ainsi volontairement à la garde de l'organisateur.

Les parents ou responsables légaux du jeune ne pourront objecter le fait de l'ignorance de cet abandon pour se dégager de leur propre responsabilité.

L'US Mortagnaise TT rappelle que passées 10 minutes après la fin de l'entraînement, sauf demande expresse du représentant légal, le club dégage toute responsabilité.

J'autorise, je n'autorise pas (\*), mon enfant à rentrer seul à son domicile.

Fait à ....., le .....

Monsieur ou Madame : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Père - Mère -Tuteur (\*) de : .....

**Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :**

(\*) : rayer les mentions inutiles

|                     |                                                                                                             |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Association : _____ | Numéro : _____                                                                                              |
| Date : _____        | <div style="text-align: center; font-size: small;">Réservé Ligue ou Comité</div> Date de Validation : _____ |

|                                             |                                           |                                               |                                      |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|
| Première demande : <input type="checkbox"/> | Renouvellement : <input type="checkbox"/> | Reprise d'activité : <input type="checkbox"/> | Transfert : <input type="checkbox"/> |
| Compétition : <input type="checkbox"/>      | Loisir : <input type="checkbox"/>         | Dirigeant : <input type="checkbox"/>          | Mutation : <input type="checkbox"/>  |

N° de licence ( renouvellement ou reprise d'activité ) : \_\_\_\_\_

Nom d'usage \* : \_\_\_\_\_ Prénom \* : \_\_\_\_\_

Nom de naissance \*\* : \_\_\_\_\_ Date de Naissance \* : \_\_\_\_\_

Pays de naissance \*\* : \_\_\_\_\_ Ville de naissance / Code postal \*\* : \_\_\_\_\_

Sexe\* : \_\_\_\_\_ Nationalité\* : \_\_\_\_\_ Si né à l'étranger : Nom - Prénom du père : \_\_\_\_\_

Nom - Prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Classement : \_\_\_\_\_ Points : \_\_\_\_\_  
( si reprise d'activité, préciser le dernier classement connu, les points et l'année )

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

Code Postal \* : \_\_\_\_\_ Ville \* : \_\_\_\_\_

Téléphone Fixe : \_\_\_\_\_ Téléphone Portable : \_\_\_\_\_

Courriel \* : \_\_\_\_\_

|                                      |                                      |                                         |                                       |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| Dirigeant : <input type="checkbox"/> | Encadrant : <input type="checkbox"/> | Arbitre / JA : <input type="checkbox"/> | Technicien : <input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|

Contrôle d'Honorabilité : Si au moins une des 4 cases ci-dessus est cochée : ☐ Le licencié a été informé et a compris l'objet de ce contrôle \*\*

|                                                                                   |                                                                                    |                                                                                      |                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Vétérant :</b> <input type="checkbox"/><br><small>né en 1985 et avant</small>  | <b>Sénior :</b> <input type="checkbox"/><br><small>du 01/01/86 au 31/12/06</small> | <b>Junior :</b> <input type="checkbox"/><br><small>du 01/01/07 au 31/12/10</small>   |                                                                                 |
| <b>Cadet :</b> <input type="checkbox"/><br><small>du 01/01/11 au 31/12/12</small> | <b>Minime :</b> <input type="checkbox"/><br><small>du 01/01/13 au 31/12/14</small> | <b>Benjamin :</b> <input type="checkbox"/><br><small>du 01/01/15 au 31/12/16</small> | <b>Poussin :</b> <input type="checkbox"/><br><small>né en 2017 et après</small> |

Les données à caractère personnel (nom, prénom, date de naissance, sexe, nationalité, adresse postale, courriel) sont indispensables à la délivrance de votre licence par la FFTT. Par la présente demande de licence, vous êtes informé de la publication de vos résultats obtenus au cours des compétitions en lien avec celle-ci sur les supports officiels de la FFTT ou agréés par celle-ci. Ces résultats feront apparaître vos nom, prénom, catégorie d'âge et club.

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Certification médicale :</b><br>( mention obligatoire * ) | <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> Je joins un certificat médical de pratique sportive de moins d'un an à la date de cette demande, établi par le médecin sur papier libre ou sur l'imprimé 25-9         </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> J'ai fourni, si je suis vétéran, un certificat médical lors de mon précédent changement de catégorie sportive. J'ai pratiqué sans discontinuité et je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical ( formulaire 25-10-1 )         </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> <b>* Vous devez cocher obligatoirement une de ces cinq cases et une seule</b><br/>         Je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical pour les majeurs seulement ( n°25-10-1 ) si je suis majeur de moins de 40 ans         </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> Je joins l'attestation qui certifie que j'ai répondu "non" à toutes les questions de l'auto-questionnaire médical pour les mineurs seulement ( n°25-10-2 )         </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> Je ne joins pas de certificat médical ni d'attestation certifiant avoir répondu "non" à toutes les questions d'un auto-questionnaire médical et je disposerai d'une licence ne me permettant pas la pratique sportive         </div> |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                  |                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Assurances :</b><br>( mention obligatoire * ) | <input type="checkbox"/> J'atteste avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance ainsi que de la possibilité de souscrire une garantie complémentaire ( voir document 25-2-2 ) |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**\* Vous devez cocher obligatoirement la case de prise de connaissance du document 25-2-2, et compléter ce dernier.**

### Protection des données

En vertu du droit à l'oubli, vous avez le droit de demander à la FFTT l'effacement de vos données à caractère personnel (nom, date de naissance, sexe, nationalité, adresse postale, téléphone, courriel). Pour cela, merci de vous adresser à votre organisme gestionnaire.

En cas de non renouvellement de licence, ces données à caractère personnel seront conservées par la FFTT jusqu'à la fin de la saison suivante ; elles seront ensuite inaccessibles.

### Signature du titulaire ou du représentant légal ( pour les mineurs )

- ☐ J'accepte que mes coordonnées ( adresses postales, mail, téléphones ) soient utilisées par la FFTT à des fins associatives ( Opt-in FFTT )
- ☐ J'accepte que mes coordonnées ( adresses postales, mail, téléphones ) soient utilisées par la FFTT à des fins commerciales ( Opt-in Partenaires )
- ☐ Je refuse le contrôle d'honorabilité (si coché, je ne serai pas habilité à exercer des fonctions dirigeantes, d'encadrement ou d'arbitrage )
- ☐ Je refuse à la fédération la prise de vues et l'utilisation de celles-ci dans le cadre des publications fédérales, dans le respect de la personne

Fait à ..... le ..... Signature


**MAIF garantit l'ensemble des licenciés de la Fédération Française de Tennis de Table**

Le soussigné déclare avoir pris connaissance de l'extrait des conditions générales proposées par la FFTT figurant sur le site WEB de la FFTT à l'adresse [www.fftt.com](http://www.fftt.com), rubrique « administratif » et des assurances qui lui sont proposées, notamment une assurance dommage corporel de base et garanties complémentaires.

**L'assurance dommage corporel "garantie de base" au tarif de :**

- 0,38 € pour les vétérans,
- 0,38 € pour les séniors,
- 0,10 € pour les juniors, cadets, minimes, benjamins, poussins

**Pourquoi souscrire une garantie individuelle accidents ?**

Parce que la garantie Responsabilité Civile ne garantit pas vos propres dommages.

Parce que la souscription de cette assurance vous offre de nombreux avantages pour une cotisation minimale ; **ce montant étant compris dans le prix de la licence fédérale**, de chaque catégorie.

Parce que vous pourrez percevoir un capital ou un remboursement de frais médicaux en complément des indemnités versées par votre organisme social.

Parce que vous serez garanti sans franchise en complément de la sécurité sociale, pour vos frais médicaux et pour des prestations tel le forfait journalier, des frais de transport non pris en charge par la sécurité sociale et pour des frais dentaires (selon barème prévu au contrat).

Parce que vous pouvez profiter des garanties complémentaires à tarif négocié par la Fédération.

**Une pratique sportive vous expose nécessairement à des dommages corporels et il est donc important de se protéger par la souscription d'une assurance adaptée, à tarif négocié par la Fédération.**

**Vous devez obligatoirement valider un des deux choix présents ci-dessous :**

- ☐ Je souhaite souscrire à la garantie facultative de base « dommage corporel » ; 0,38 € pour les vétérans et séniors, 0,10 € pour les catégories jeunes ( **inclus dans le tarif de la licence** )
- ☐ Je ne souhaite pas souscrire à la garantie facultative de base « dommage corporel ». Je demande le remboursement du montant de la prime d'assurance correspondante, tel que prévu dans la circulaire administrative, et ne bénéficierai d'aucune indemnité au titre du contrat « dommage corporel ».
- Le soussigné qui ne souhaite pas souscrire à l'assurance « dommage corporel » proposée reconnaît avoir été informé des risques encourus lors de ses participations aux matchs. Il déclare expressément avoir pris connaissance des dispositions relatives à l'assurance exposées ci-dessus.

**Possibilité de souscrire aux garanties complémentaires si adhésion à la garantie de base « Assurance Dommage Corporel »**

| Garanties                                                   | Garantie Bronze    | Garantie Argent    | Garantie Or        |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Capitaux décès                                              | 10000 € / sinistre | 20000 € / sinistre | 30000 € / sinistre |
| Capitaux invalidité permanente en cas d'accidents corporels | 20000 € / sinistre | 40000 € / sinistre | 50000 € / sinistre |
| Indemnité journalière ( durée maxi. 360 jours )             | NEANT              | 15 €/jour          | 25 €/jour          |
| Frais médicaux                                              | NEANT              | NEANT              | NEANT              |
| Cotisations complémentaires T.T.C par Licencié              | 5 €                | 8 €                | 15 €               |

Pour obtenir plus de renseignements sur les garanties complémentaires, vous pouvez consulter la "Notice individuelle dommages corporels à l'attention des adhérents titulaires d'une licence FFTT" présente sur l'espace assurance du site fédéral.

**Vous devez obligatoirement valider un des deux choix présents ci-dessous :**

- ☐ **Je souhaite souscrire** la garantie complémentaire **Bronze, Argent ou Or** ( **barrer les mentions inutiles** ) qui complètera, en cas d'accident corporel, la garantie de base de la licence. J'intègre la cotisation de complémentaire de 5 € (Bronze), 8 € (Argent) ou 15 € (Or) pour la saison 2025/2026 au règlement de ma cotisation club. J'ai bien noté que la garantie serait acquise à compter de la date de souscription jusqu'à la fin de la période de validité de ma licence.
- ☐ **Je ne souhaite pas souscrire** cette garantie complémentaire.

Le formulaire de souscription est disponible en consultation et téléchargement sur le site fédéral dans la rubrique "Jouer", sous-menu "Licences", onglet "Assurance", <https://www.fftt.com/site/jouer/licences/assurance>  
Il est également disponible par écrit auprès du responsable de votre club et sur simple demande auprès de votre comité, votre ligue ou de la FFTT.





# Notice individuelle dommages corporels à l'attention des adhérents titulaires d'une licence FFTT

compétition, loisir ou événementielle  
saison 2025/2026

La Fédération française de tennis de table attire l'attention de ses pratiquants sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.

Les dommages corporels dont vous pouvez être victime à l'occasion des activités mises en place par la FFTT, ses organismes et ses clubs affiliés sont pris en charge dans le cadre du contrat souscrit auprès de MAIF par la fédération (n° de sociétaire 4 314 143 R).

## Garantie Individuelle accident<sup>1</sup>

Votre couverture intègre l'assurance indemnisation des dommages corporels de base facultative<sup>2</sup>.

### CHAMP D'APPLICATION

- Toutes les activités de pratique des disciplines dispensées et agréées par la Fédération française de tennis de table à l'occasion :
  - de compétitions sportives, qu'elles soient locales, régionales, nationales ou internationales.
  - d'entraînements,
  - de formations, initiations, stages,
  - d'actions de promotion,
  - de l'exercice d'autres activités sportives lorsqu'elles sont organisées par un club affilié assuré
- Les stages, réunions, colloques et activités promotionnelles (fêtes, bals, sorties, journées portes ouvertes...).
- Les trajets aller et retour pour se rendre au lieu de l'activité et en revenir.

### TERRITORIALITÉ

Les garanties sont acquises dans le monde entier.

### PRINCIPALES EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties :

- Les dommages résultant de la faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré, ou de sa participation active à un acte illicite constituant un crime ou un délit intentionnel.
- Les conséquences pouvant résulter de soins reçus, traitements suivis ou d'interventions chirurgicales non consécutifs à un accident corporel garanti.
- Les affections ou lésions de toute nature qui ne sont pas la conséquence de l'événement accidentel déclaré ou qui sont imputables à une maladie connue ou inconnue du bénéficiaire des garanties.

Lorsqu'ils ne sont pas consécutifs à un état antérieur connu ou inconnu du bénéficiaire des garanties, demeurent toutefois couverts les ruptures tendineuses survenues à l'occasion des activités sportives, ainsi que les malaises cardiaques ou vasculaires cérébraux survenus au cours de cette activité ou pendant la phase de récupération.

## Options individuelle accident : garanties Bronze, Argent et Or

Si vous le souhaitez, vous pouvez souscrire des garanties complémentaires Individuelle accident, qui viendront compléter les garanties d'assurance de base et vous permettront de bénéficier de capitaux plus élevés et de prestations supplémentaires.

Si ces options complémentaires individuelle accident offrent des niveaux de garanties supérieurs aux garanties de base, elles ne permettent pas, dans tous les cas, d'obtenir réparation intégrale du préjudice. Le licencié est invité à se rapprocher de son conseil en assurances qui pourra lui proposer des garanties adaptées à sa situation personnelle.

1 - Le contenu des garanties figure au verso du présent document.

2 - Cette garantie est facultative et le licencié peut y renoncer (voir encadré au verso du présent document).

### MAIF

Société d'assurance mutuelle  
à cotisations variables  
Entreprise régie par le Code des assurances  
CS 90000 - 79038 Niort cedex 9



**Que vous souscriviez ou non une garantie complémentaire Bronze, Argent ou Or, vous devez remettre le bordereau détachable complété à votre responsable de club lors de la prise de la licence fédérale.**

### **SI VOUS SOUHAITEZ SOUSCRIRE UNE GARANTIE COMPLÉMENTAIRE BRONZE, ARGENT OU OR**

La cotisation complémentaire d'assurance, qui devra être intégrée au règlement global de votre cotisation club, s'élève à **5 € pour la garantie Bronze, 8 € pour la garantie Argent, 15 € pour la garantie Or pour la saison 2024/2025** (quelle que soit la date de souscription).

## Accidents Corporels - Garanties de base

| Garanties saison 2025/2026                                         | Licenciés/ATP                                                                                                                         | Athlètes de haut niveau                                            | Franchises     |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Capitaux décès</b>                                              |                                                                                                                                       |                                                                    | Néant          |
| Capital de base                                                    | 3 100 €                                                                                                                               | 20 000 €                                                           |                |
| <b>Capitaux décès supplémentaires</b>                              |                                                                                                                                       |                                                                    |                |
| Conjoint                                                           | 3 900 €                                                                                                                               | 3 900 €                                                            |                |
| Par enfant à charge                                                | 3 100 €                                                                                                                               | 3 100 €                                                            |                |
| <b>Invalidité permanente</b>                                       |                                                                                                                                       |                                                                    |                |
| Jusqu'à 9 %                                                        | 6 100 €                                                                                                                               | 30 000 €                                                           |                |
| De 10 à 19 %                                                       | 7 700 €                                                                                                                               |                                                                    |                |
| De 20 à 34 %                                                       | 13 000 €                                                                                                                              |                                                                    |                |
| De 35 à 49 %                                                       | 16 000 €                                                                                                                              |                                                                    |                |
| De 50 à 100 %                                                      |                                                                                                                                       | 60 000 €                                                           |                |
| Sans tierce personne                                               | 23 000 €                                                                                                                              |                                                                    |                |
| Avec tierce personne                                               | 46 000 €                                                                                                                              |                                                                    |                |
| <b>Indemnité suite à coma</b>                                      | 2 % du capital décès par semaine de coma dans la limite de 50 semaines sans pouvoir toutefois dépasser le montant dudit capital décès |                                                                    | 14 jours       |
| <b>Remboursement de soins dont frais de transport</b>              | 2 000 €                                                                                                                               |                                                                    | Néant          |
| Dont :                                                             |                                                                                                                                       |                                                                    |                |
| Frais hospitaliers                                                 | Selon montant légal                                                                                                                   |                                                                    |                |
| Chambre particulière                                               | 30 € / jour - maximum 30 jours                                                                                                        |                                                                    |                |
| Prothèse dentaire, par dent (forfait)                              | 300 € maxi 1 000 €<br>Par sinistre et par année d'assurance / assuré                                                                  | 600 € maxi 2 000 €<br>Par sinistre et par année d'assurance/assuré |                |
| Bris de lunettes ou lentilles (forfait)                            | 700 € par sinistre et par année d'assurance / assuré                                                                                  | 1 400 € par sinistre et par année d'assurance/assuré               |                |
| Prothèse auditive, par appareil (forfait)                          | 800 € par sinistre et par année d'assurance / assuré                                                                                  | 1 600 € par sinistre et par année d'assurance/assuré               |                |
| Frais d'appareillage (fauteuil, béquilles, ...)                    | 1 000 € par sinistre et par année d'assurance / assuré                                                                                | 2 000 € par sinistre et par année d'assurance/assuré               |                |
| Appareil orthodontique (remboursement du 1 <sup>er</sup> appareil) | 250 € par sinistre et par année d'assurance / assuré                                                                                  | 500 € par sinistre et par année d'assurance/assuré                 |                |
| Frais de transport supplémentaires                                 | À concurrence de 3 semaines consécutives et d'un plafond global de 700 €                                                              |                                                                    |                |
| <b>Frais de recherche et de secours</b>                            | 2 500 €                                                                                                                               |                                                                    |                |
| <b>Frais de rattrapage scolaire</b>                                | 35 € / jour - maximum 1 600 €                                                                                                         |                                                                    | 1 mois d'arrêt |
| <b>Frais de redoublement de l'année d'études</b>                   | 5 000 €                                                                                                                               |                                                                    | Néant          |
| <b>Frais de reconversion professionnelle</b>                       |                                                                                                                                       |                                                                    |                |
| Si incapacité au moins égale ou supérieure à 25 %                  | 2 400 €                                                                                                                               |                                                                    |                |
| Si incapacité au moins égale ou supérieure à 50 %                  | 4 800 €                                                                                                                               |                                                                    |                |
| <b>Sportifs de haut niveau</b>                                     |                                                                                                                                       |                                                                    |                |
| Indemnités journalières                                            | Néant                                                                                                                                 | 100 €/jour pendant 360 jours                                       |                |

## Les garanties complémentaires de la licence

| Nature des garanties                                      | Garantie Bronze | Garantie Argent | Garantie Or |
|-----------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-------------|
| Capitaux décès                                            | 10 000 €        | 20 000 €        | 30 000 €    |
| Capitaux invalidité permanente en cas d'accident corporel | 20 000 €        | 40 000 €        | 50 000 €    |
| Indemnités journalières (durée maxi 360 jours)            | Néant           | 15 € / jour     | 25 € / jour |
| Frais médicaux                                            | Néant           | Néant           | Néant       |
| Cotisation complémentaire TTC par licencié                | 5 €             | 8 €             | 15 €        |

## RENONCIATION À L'ASSURANCE INDEMNISATION DES DOMMAGES CORPORELS DE BASE

Le coût de l'assurance indemnisation des dommages corporels de base de la licence varie de 0,03 € à 0,38 € suivant les titres. Ce montant est compris dans le prix de la licence fédérale. Conformément à la loi, cette garantie est facultative et le licencié peut refuser d'y souscrire. En cas de renonciation à l'assurance, le licencié ne bénéficiera d'AUCUNE indemnité au titre des dommages corporels dont il pourrait être victime à l'occasion des activités mises en place par la FFTT, ses ligues, comités et ses clubs affiliés.

4 314 146 H

## Bordereau à remettre au responsable du club

Je soussigné(e) (nom, prénom) ..... Date de naissance .....  
 Adresse .....

atteste avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance ainsi que de la possibilité de souscrire une garantie complémentaire.

- ☐ Je souhaite souscrire la garantie complémentaire Bronze, Argent ou Or (barrer la mention inutile) complètera, en cas d'accident corporel, à la garantie de base de la licence. J'intègre la cotisation complémentaire de **5 € (Bronze)**, **8 € (Argent)** ou **15 € (Or)** pour la saison 2025/2026 au règlement de ma cotisation club. J'ai bien noté que la garantie complémentaire (Or, Argent ou Bronze) est acquise à compter de la date de souscription jusqu'à la fin de période de validité de ma licence.
- ☐ Je ne souhaite pas souscrire cette garantie.

Les données à caractère personnel recueillies par ce document sont obligatoires pour permettre à MAIF la prise en compte et le suivi de votre demande. Elles font l'objet de traitements ayant pour finalités la réalisation des opérations précontractuelles, la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats. Au titre de l'intérêt légitime, vos données à caractère personnel, celles relatives aux opérations de présouscription, à la gestion des sinistres et des contrats peuvent faire l'objet de traitements pour le suivi et l'amélioration de la relation commerciale, la réalisation de statistiques par MAIF et ses filiales, et également faire l'objet de traitements dans le cadre des dispositions législatives ou réglementaires, notamment en matière de lutte contre le blanchiment d'argent, le financement du terrorisme et la fraude. La lutte contre la fraude à l'assurance peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression de vos données à caractère personnel, ainsi que de la possibilité de définir les directives particulières relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ces données après décès. Vous pouvez exercer ces droits à tout moment auprès du responsable de la protection des données personnelles, MAIF, CS 90000, 79038 Niort cedex 9 ou vosdonnees@maif.fr. Les données sont conservées conformément à la durée nécessaire aux finalités mentionnées et pour les durées de prescriptions éventuellement applicables. Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte des circonstances du risque connues de l'assuré, entraîne, selon le cas les sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.

Fait à ..... Le .....  
 Signature  
 (pour les mineurs, signature des parents ou du représentant légal)



## Questionnaire de Santé pour Mineur

Vous pouvez répondre à cet autoquestionnaire si êtes mineur au moment de la prise de la licence

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 ☐ un garçon ☐

Ton âge:  ans

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non.

|                                                       |                                                                                                                                                                                                                         | Oui                      | Non                      |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Durant les 12 derniers mois :</b>                  |                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 1                                                     | Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2                                                     | As-tu été opéré(e) ?                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3                                                     | As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4                                                     | As-tu beaucoup maigri ou grossi ?                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5                                                     | As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6                                                     | As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7                                                     | 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"/> |
| 8                                                     | As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9                                                     | As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10                                                    | As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11                                                    | As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12                                                    | As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Depuis un certain temps : (plus de 2 semaines)</b> |                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 13                                                    | Te sens-tu très fatigué(e) ?                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14                                                    | As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15                                                    | Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16                                                    | Te sens-tu triste ou inquiet ?                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17                                                    | Pleures-tu plus souvent ?                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18                                                    | 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"/> |
| <b>Aujourd'hui :</b>                                  |                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 19                                                    | Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20                                                    | Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21                                                    | Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Questions à faire remplir par tes parents :</b>    |                                                                                                                                                                                                                         |                          |                          |
| 22                                                    | 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"/> |
| 23                                                    | Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24                                                    | 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"/> |

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié et de son représentant légal.

**Si vous avez répondu NON à toutes les questions :**

Ainsi, il n'est pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du Tennis de Table.

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste en remplissant le coupon ci-dessous, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de licence.

**Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :**

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

**Ce questionnaire est confidentiel et ne doit être remis qu'à un médecin si nécessaire.**



N° 25-10-2

### ATTESTATION

( Coupon à découper et à joindre avec la demande de licence )

Je soussigné :

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

N° de licence : \_\_\_\_\_

déclare avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.

Je sais qu'à travers cette attestation, et comme cela est précisé dans la circulaire administrative de la FFTT, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de la FFTT ne pourra être recherchée.

Date et signature du joueur mineur

Date et signature du représentant légal obligatoire

**Recommandations de la commission médicale :**

L'examen médical permettant de délivrer ce certificat :

- engage la responsabilité du médecin signataire de ce certificat (article R.4127-69 du code de la santé publique), seul juge de la nécessité d'éventuels examens complémentaires et seul responsable de l'obligation de moyen,
  - ne doit jamais être pratiqué à l'improviste, sur le terrain ou dans les vestiaires avant une compétition, le certificat médical de complaisance est donc prohibé (article R4127-28 du code de la santé publique)
- Le contenu et la rigueur de l'examen doivent tenir compte de l'âge et du niveau du compétiteur

**Adultes :**

Le médecin doit tenir compte que les principales contre-indications à la pratique du tennis de table sont :

- l'insuffisance coronarienne aiguë,
- l'insuffisance coronarienne traitée, instable,
- troubles du rythme non stabilisés
- insuffisance cardiaque évolutive
- cardiomyopathie

Toute autre pathologie grave ou chronique est à apprécier avec le médecin traitant.

Les chirurgies articulaires récentes ou prothèses seront des contre-indications temporaires

Il est préconisé une épreuve cardio-vasculaire d'effort et une surveillance biologique élémentaire chez le sujet :

- porteur d'une cardiopathie ou symptomatique
- asymptomatique ayant deux facteurs de risque cardio-vasculaire,
- souhaitant débiter ou reprendre la pratique en compétition, homme de plus de 40 ans, femme de plus de 50 ans,

**Jeunes :**

Il est conseillé pour le médecin de :

- tenir compte des pathologies dites « de croissance » et des pathologies antérieures liées à la pratique du tennis de table,
- consulter le carnet de santé
- constituer un dossier médico-sportif
- une mise à jour des vaccinations,

Jeunes : au-delà de 8h de pratique hebdomadaire ou souhaitant rejoindre un programme de détection Fédéral (modèle constitué par la commission médicale)

Recommande la réalisation :

d'un électrocardiogramme de repos,

d'un examen clinique effectué par un médecin du sport, et portant une attention particulière :

- aux troubles de la statique rachidienne pouvant être aggravées par la pratique du tennis de table,
- aux troubles ou aux douleurs articulaires évoquant une maladie de croissance ; notamment au niveau du dos, des coudes, des genoux ou des talons, préférentiellement atteints chez le pongiste.

**Certificat médical**

Je soussigné,

Docteur : \_\_\_\_\_ N° Ordre : \_\_\_\_\_

Certifie avoir examiné M. : \_\_\_\_\_

Et n'avoir constaté à ce jour aucune contre-indication à la pratique du tennis de table en compétition.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin :