

# CLUB TENNIS DE TABLE DU MONT-DORE

BP 34 37

98810 MONT-DORE

Tél. 43.50.59 Mob. 78.18.36 Email : electropose@mls.nc

www.cttmd.nc

## DEMANDE D'ADHESION ET DE LICENCE AU CLUB SAISON

NOM DE L'ASSOCIATION :

**CTTMD**

**Section Tennis de Table**

N° DE L'ASSOCIATION :

**32-9F-0530**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

SEXE: Masculin - Féminin (1) DATE DE NAISSANCE: \_\_/\_\_/\_\_

LIEU DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

NATIONALITE: (si étranger): \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_/\_\_/\_\_ (Dom.)

\_\_\_\_\_ Tél.: \_\_/\_\_/\_\_ (Bur.)

Adresse Courriel (*Email*) : \_\_\_\_\_ Mobil : \_\_/\_\_/\_\_

TYPE DE LICENCE : Traditionnelle, Promotionnelle. (1)

si MUTATION, nom du club quitté: \_\_\_\_\_

## ATTESTATION A REMPLIR PAR LE JOUEUR OU PAR LES PARENTS DES MINEURS

Je soussigné \_\_\_\_\_, père, mère (1) de l'enfant désigné ci-dessus, certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du club, document transmis par courriel, ainsi que des conditions générales d'assurance comprises dans la licence FFTT, documents disponible sur le site de la FFTT : [www.fftt.com](http://www.fftt.com)

**(1) Rayer les mentions inutiles.**

**Date et signature du joueur (euse)  
ou des parents si l'enfant est mineur**

**NOTA : fournir impérativement un certificat médical de NON CONTRE-INDICATION à la pratique du tennis de table**

**Enregistré par le club le :**