

NOM de l'adhérent(en lettres capitales) : ..... Prénom :.....

DATE de naissance :..... Sexe : .....

NOM et Prénom du représentant légal (si l'adhérent est mineur) : .....

ADRESSE : .....

TÉLÉPHONES (fixes et mobiles) :.....

ADRESSE ÉLECTRONIQUE (merci de l'écrire lisiblement) : .....

MÉDECIN TRAITANT : ..... TÉLÉPHONE :.....

Particularités médicales :.....

ÉTABLISSEMENT de SOINS choisi : .....

JE soussigné en bas de page :

- 1) décharge le club de toute responsabilité lors du trajet ou du transport de l'adhérent
- 2) autorise le club à demander l'admission en établissement de soins
- 3) autorise tous les soins ou actes chirurgicaux si cela est nécessaire
- 4) reconnais que l'adhésion au GTS entraîne l'acceptation de son règlement intérieur, ainsi que l'acceptation des règlements de la Fédération Française de Tennis (FFT)
- 5) reconnais avoir conscience des risques liés à la pratique sportive et avoir été informé des garanties d'assurances proposées avec la licence.

Le GTS et la FFT seront susceptibles d'utiliser les données personnelles de l'adhérent à des fins fédérales (notamment la mise en place et l'envoi de la licence).

L'adhérent accepte-t-il de recevoir des offres de la part de la FFT et de ses partenaires ?

OUI / NON (rayer la mention inutile).

L'adhérent autorise / n'autorise pas le club à utiliser son image pour sa communication interne et externe. (rayer la mention inutile).

Conformément à l'article 39 de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978, l'adhérent dispose d'un droit d'accès, de modification et de suppression des données le concernant. Pour l'exercice de ces droits, il est invité à s'adresser :

- au GTS (contact@gespetennis.com)
  - à la FFT (service « organisation et systèmes d'information : fft@fft.fr / 2, Avenue Gordon Bennett, 75016 PARIS).
- Pour toute information sur la protection des données individuelles, l'adhérent peut consulter le site de la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

Questionnaire de santé : OUI / NON

Attestation de remise du questionnaire de santé : OUI / NON **(Les 2 documents sont liés et remplis en même temps).**

Certificat médical 2017 / 2018 (problèmes de santé ; nouvel adhérent): OUI / NON.

DATE : .....

SIGNATURE de l'adhérent (ou du représentant légal pour le mineur) :