



**FNASCE**  
couleur passion

27,28 et 29 juin 2025

Sport  
9<sup>ème</sup> challenge de  
Ping-Pong

## Dossier de présentation





inscription individuelle  
au 9<sup>e</sup> challenge national de Ping-Pong

du 27 au 29 juin 2025 à St Médard en Jalles (33)

Je suis intéressé pour m'inscrire à ce challenge.

**Je remplis précisément cette fiche individuelle en répondant à toutes les questions posées afin que le responsable de l'activité dispose de l'ensemble des données utiles à la saisie des inscriptions en ligne uniquement à sa charge.**

**Identité du participant :**

nom : ..... prénom : ..... numéro d'adhérent : .....

coordonnées administratives si en activité (service et adresse) : .....

.....

tél : ..... mél : .....

coordonnées personnelles (adresse) : .....

.....

mél : .....

tél perso : ..... tél port : .....

date de naissance.....

**Inscription au challenge :**

je m'inscris en tant que joueur

je m'inscris en tant qu'accompagnateur sachant qu'ils ne sont pas prioritaires, la priorité étant donnée aux joueurs

**Hébergement :**

je souhaite être hébergé en chambre double (1 lit 140) et partager celle-ci avec : .....

je souhaite être hébergé en chambre twin (2 lits 90) et partager celle-ci avec : .....

je souhaite être hébergé en chambre individuelle (attention, nombre limité et surcoût de 80 € à ma charge) et précise le motif de ce souhait (confort, santé...) : .....

je souhaite une chambre pour personne à mobilité réduite

je souhaite participer au challenge mais sans être hébergé

**Déplacement :**

je souhaite utiliser le covoiturage mis en place par l'Asce 17 (défraiement pris en charge par l'Asce 17)

je ne souhaite pas utiliser le covoiturage mis en place par l'Asce 17 (frais à ma charge)

j'indique alors : - mon moyen de transport : voiture - train - avion - camping-car

- mes jour, heure et lieu d'arrivée : .....

- mes jour et heure de départ : .....

je peux mettre mon véhicule à disposition. Sa capacité maximale est de : ..... places

**Santé :**

- Avez-vous une intolérance alimentaire ?  Oui  Non

.....

Si oui laquelle ? .....

**Je complète la fiche sanitaire jointe en dernière page et la joins à cette fiche d'inscription.**

## Participation financière :

Le coût d'inscription au challenge auprès des organisateurs pour les joueurs ou les accompagnateurs est de :

- 150 € / joueur ou accompagnateur, avec hébergement (*forfait comprenant 2 nuitées, les 4 repas et les frais d'organisation*)

- supplément de 80 € pour les chambres individuelles pour les 2 nuitées.

L'Asce 17 finance les frais de déplacement en minibus et apporte une participation financière individuelle sur le coût d'inscription au challenge et d'hébergement.

**Le montant à charge par participant sera de :**

**80 € pour les joueurs avec hébergement**

**50 € pour les joueurs et la formule sans hébergement**

**Un réajustement pourra être fait suivant le bilan final.**

**Montant total joint avec l'ensemble des fiches individuelles et les fiches sanitaire :**

..... participant(s) pour les joueurs et **la formule avec hébergement** x 80 € = ..... €

..... participant(s) pour les joueurs et **la formule sans hébergement** x 50 € = ..... €

..... supplément chambre individuelle x 80 € = ..... €

**Soit un total de : .....€**

Ce montant est à joindre lors de l'inscription, par chèque ou chèques vacances libellés à l'ordre de l'Asce 17, en 1, 2 ou 3 chèques si vous souhaitez un étalement des encaissements qui seront réalisés fin mai, fin juin, et fin juillet.

Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions mentionnées sur le présent document et en accepte les conditions.

Dans le cadre du droit à l'image, j'autorise à l'ASCE 17, 33 et FNASCE la prise et la diffusion de photographies ou de films me concernant, et/ou concernant mes ayants droit pour cette manifestation. Ces photographies ou films seront exclusivement utilisés par l'association dans le cadre de ses publications diffusées sur toute forme de support de communication. (mention obligatoire)  Oui  Non

Le bulletin d'inscription devra être accompagné de la fiche sanitaire de liaison, d'un certificat médical mentionnant la non contre-indication à l'activité daté de moins d'un an à la date du challenge ou d'une licence Ping-Pong ou du questionnaire santé et attestation sur l'honneur.

À ....., le .....signature de l'adhérent

**Les inscriptions sont à faire parvenir**

**AVANT LE 22 mai 2025**

**à Ludovic EVIN**

**DDTM17 – ASCE 17**

**Service Risque Sécurité et Littoral**

**Unité Gestion du Littoral**

**Mangin – 89 avenue des cordelies – 17000 La Rochelle**

**qui se tient également à votre disposition pour tout renseignement complémentaire sur le déroulement ainsi que sur le règlement de ce challenge,**

**tél 05 16 49 63 85, port 06 70 01 90 95, mél : [ludovic.evin@charente-maritime.gouv.fr](mailto:ludovic.evin@charente-maritime.gouv.fr)**

lien vers le dossier complet de la manifestation, en ligne sur le site de la Fnasce :

<https://www.fnascee.org/ping-pong-9e-du-27-au-29-juin-a-st-medard-en-a60298.html>

**9e challenge national de Ping-Pong**  
**Du 27 au 29 Juin 2025**  
**À Saint-Médard-en-Jalles (33)**

---

**Challenge National de Ping-Pong**

**Fiche sanitaire (non obligatoire)**

---

**Avertissement :** Cette fiche est personnelle. Si elle n'est pas utilisée lors du challenge, elle restera confidentielle et sera détruite. Elle a juste pour but de faciliter les soins et de renseigner les secours en cas d'accident.

Quand vous l'aurez rempli, vous l'insérerez dans une enveloppe à votre nom. Elle sera alors remise à l'organisateur présent sur le challenge et ne sera, bien sûr, ouverte qu'en cas de besoin. Si elle n'est pas utilisée, elle sera remise à votre responsable d'équipe à la fin du challenge ou détruite selon votre demande.

NOM : .....

Prénom : .....

ASCE : .....

Personne à contacter en cas d'urgence : .....

Téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence : .....

Votre groupe sanguin : .....

Traitement médical en cours : .....

.....

Allergie (médicamenteuse, alimentaire..) :

**Avez-vous des problèmes particuliers que vous souhaiteriez signaler :**

## Fiche d'inscription individuelle

à envoyer **avant le 30 mai 2025** à votre **ASCE**  
en envoyant une copie par mël à :  
[asce33@cerema.fr](mailto:asce33@cerema.fr)

**Joueur/euse**

**Accompagnateur/trice**

N° adhérent :  ASCE :  Nom du titulaire de la carte :   
(copie de la carte signée avec photo)

Nom :  Prénom :

membre actif

ayant-droit

si mineur, préciser la date de naissance :

Adresse administrative (ou adresse personnelle si retraité) :

Numéro de téléphone ou mobile :

Adresse Mël :

### Informations sportives concernant le joueur :

Êtes-vous (ou avez-vous été) licencié ?  oui  non

Si oui quel est (ou a été) votre meilleur classement ?



### PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom :  Prénom :

Numéro de téléphone :

	Forfait hébergement <sup>1</sup> + repas	Forfait sans hébergement (repas seuls)	Supplément chambre individuelle pour 2 nuits <sup>2</sup>	Visites <sup>3</sup> accompagnateur	Panier repas du dimanche midi	MONTANT TOTAL
<b>Joueur</b>	150 €	90 €	80 €		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="text"/> €
<b>Accompagnateur</b>	150 €	90 €	80 €	30 €	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="text"/> €

<sup>1</sup> : le forfait hébergement et repas est calculé sur la base d'un couchage en chambre double, du vendredi dîner au dimanche déjeuner (petit-déjeuner compris à l'hôtel uniquement)

<sup>2</sup> : le nombre de chambre individuelles sera limité

<sup>3</sup> : les visites du samedi sont encore à déterminer

→ Je désire une chambre :  double (1 lit en 140)  twin (2 lits en 90)  individuelle

→ Je désire partager ma chambre avec :

NOM :  Prénom :  ASCE :

Si aucune personne n'est précisée, j'accepte d'être hébergé(e) avec un(e) participant(e) d'une autre

ASCE :  oui  non

Je souhaite une chambre pour personne à mobilité réduite :  oui  non

→ Intolérance alimentaire éventuelle :

→ Mon moyen de transport sera :  la voiture  le train

Transport	Vendredi 27 juin heure d'arrivée approximative*	Dimanche 29 juin heure de départ approximative*
Voiture	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Train : gare Saint-Jean	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* horaires des trains à préciser ultérieurement

Je certifie avoir pris connaissance des obligations du Règlement général sur la protection des données personnelles des participants (RGPD) et accepte le traitement des données personnelles via le logiciel de gestion des adhérents.

J'accepte le stockage et le traitement de mes données personnelles à des fins d'organisation du challenge de ping-pong 2025.

Vous avez la possibilité de demander la confirmation de l'effacement de ces données. Pour cela, veuillez en faire la demande explicite auprès de **Léo-Paul Clément**, chargée du suivi des inscriptions à l'adresse suivante : asce33@cerema.fr

Dans le cadre du droit à l'image, je reconnais avoir été informé(e) que préalablement à toute activité, l'ASCE 33 Cerema ou la FNASCE sollicitera l'autorisation du participant relative à la prise et à la diffusion de photographies ou de films le concernant, et/ou concernant ses ayants-droit. Ces photographies ou films seront exclusivement utilisés par l'association dans le cadre de ses publications diffusées sur toute forme de support de communication.

Dans le cadre de la lutte contre la violence dans le sport (loi 2022-293) et de la lutte contre la discrimination, je reconnais avoir été informé(e) par la FNASCE de l'existence de garanties relatives à l'accompagnement juridique et psychologique ainsi qu'à la prise en charge des frais de procédure engagés par les victimes de violences sexuelles, physiques et psychologiques.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement et déclare en accepter le contenu sans restriction.

Je reconnais avoir été informé(e) que dans le cadre de la pratique des activités physiques et sportives et des challenges nationaux, le participant devra compléter et fournir à l'organisateur le questionnaire de santé « majeur » ou « mineur » accompagné de l'attestation correspondante « majeur » ou « mineur », datée et signée.

**Je reconnais avoir pris connaissance et validé les mentions ci-dessus**

Date et signature du participant .....

Vu et certifié par le(la) président(e) de l'ASCE d'appartenance

Fait à  le

Signature

Cachet de l'ASCE

Répondez aux questions suivantes par oui ou par non. Durant les 12 derniers mois :		Oui	Non
1	Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A ce jour :</b>			
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de l'adhérent.

**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 attestez en remplissant le coupon ci-dessous, 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.

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

## ATTESTATION

Je soussigné :

Nom :

Prénom :

ASCE :

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

Je sais qu'à travers cette attestation, j'engage ma propre responsabilité et qu'en aucun cas celle de l'ASCE 33 Cerema ne pourra être recherchée.

Date et signature du titulaire ou du représentant légal