



Formulaire/Renouvellement - Licence 2023

Nom : Prénom : No: de Licence :
 Date de naissance : [] M [] F Nationalité: Classement
 Adresse.....
 Nom du club Cachet du Club:.....
 TÉL (D) (P) (B).....
 École/Institution Scolaire :
 Nom :(Père/mère): Tél(B).....(P).....
 E-mail :
 Numéro téléphone en cas d'urgence : /

Je, soussigné / pour et au nom de mon fils /ma fille mineur/e renonce à toute réclamation de toute sorte, de toute nature et quelque soit, passée, présente ou future, personnelle, à l'égard de la Mauritius Tennis Federation ou de leurs préposés.

J'atteste être conformément à la loi, en possession d'un Certificat médicale annuelle obligatoire (Annexée) de non contre-indication à la pratique du tennis en compétition et je m'engage à respecter les règlements fédéraux et la réglementation anti-dopage.

Nous nous engageons de notifier immédiatement par écrit à la Fédération tous changements nécessitant l'arrêt de notre enfant de la pratique du tennis, y compris en compétition.

<<La délivrance ou le renouvellement annuel de la licence MTF pour la pratique du tennis, sont subordonnés à la production de ce certificat médical de non –contre-indication à la pratique du tennis y compris en compétition officielle. Ce certificat est délivré par un médecin du choix de l'intéressé>> et c'est valable pour un an du 1^{er} Janvier au 31 Décembre de l'année.

NB: 1photo passeport récente et photocopie d'acte de naissance ou photocopie de Carte Identité.

Frais Licence annuelle (Jan-Déc. 2023) Rs. 500. : MTF Bank Account : MCB 000030082501

Assurance médicale: Rs. 300 excluant les personnes qui ont déjà une couverture d'assurance médicale valide au 31 décembre 2023. (Photocopie de la police d'assurance obligatoire) : Il est donc entendu que moi / mon fils / ma fille a une couverture d'assurance médicale adéquate & valide, je suis parfaitement conscient que la licence délivrée sera valide pour 2023.

Signature du licencié
(Parents pour les mineurs)

Fait à Petit Camp le

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur :

Demeurant à :

Certifie avoir examine ce jour, M\ Mme\ Melle :.....

Et n'avoir pas constaté, à ce jour, de contre-indication à la pratique du tennis, y compris en compétition.

Signature du médecin : Date : Cachet :