



Formulaire - Licence 2026

Nom :Prénom : No: de Licence :

Date de naissance : [] M [] F Nationalité:

Adresse.....

Nom et Cachet du club (obligatoire)

TÉL (D) (P)

École/Institution Scolaire :

Nom :(Père/mère): **Numéro téléphone en cas d'urgence :**

E-mail :

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.
Je m'engage à respecter les règlements fédéraux et la réglementation anti-dopage et suis parfaitement conscient que la licence délivrée sera valide pour Jan -Déc. 2026.

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

Frais Licence annuelle Rs. 500. :

MTF Bank Account : MCB 000030082501

J'atteste être conformément à la loi, en possession d'un Certificat médicale annuelle obligatoire de non contre-indication à la pratique du tennis et Padel , y compris en compétition.

La délivrance de la licence MTF pour la pratique du tennis et Padel sont subordonnés à la production de ce certificat médical.

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.

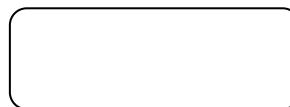
CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur :

Demeurant à :

Certifie avoir examiné ce jour, M\ Mme\ Melle :

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

Signature du médecin : Date : Cachet : 

Assurance médicale : Rs. 300 excluant les personnes qui ont déjà une couverture d'assurance médicale valide au 31 décembre de l'année. (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.

Signature du licenciéFait à Petit Camp le