

## PROTOKOLL

betreffend eine **TISCHTENNIS-TAUGLICHKEITS-UNTERSUCHUNG**

Der unterzeichnende Arzt .....  
( Name, Vorname )

bestätigt hiermit, dass er  
Frau / Herrn .....  
( Name, Vorname ) ( Geburtsdatum)

Mitglied des TT-Vereins .....

am ( Datum der Untersuchung ) .....

medizinisch untersucht hat,

und er bescheinigt, (1) dass der (die) vorbezeichnete Patient(in) für die Ausübung der Sportart Tischtennis sowie für die Teilnahme an offiziellen Kompetitionen der Sportart Tischtennis **uneingeschränkt tauglich** ist und (2) dass keine medizinischen Bedenken bestehen hinsichtlich der sportlichen Ausübung des Tischtennis-Sports durch diese(n) Patienten(in), einerseits, sowie hinsichtlich dessen (deren) Teilnahme an offiziellen Tischtennis-Kompetitionen, andererseits.

Diese Bescheinigung erhält Gültigkeit ab dem Tag ihrer Einsendung an das Sekretariat der FLTT (maßgebend ist das Datum des (der) diesbezüglichen Brief-Poststempels bzw. E-Mail)

und behält ihre Gültigkeit bis zum 31. Dezember ➔ ➔ ➔  ⬅ ⬅ ⬅

**Der Arzt MUSS hier jenes JAHR eintragen, das er für die nächste TT-Tauglichkeits-Untersuchung des Patienten empfiehlt, wobei dieses Jahr jedoch nicht über jenes Jahr hinausgehen darf, das sich aus jener hier nachfolgend aufgeführten Bestimmung ergibt.**

Gemäß den diesbezüglich geltenden reglementarischen Bestimmungen der FLTT muss die nächste Tischtennis-Tauglichkeits-Untersuchung des (der) Patient-en (-in) spätestens vor Ende jenes Jahres erfolgen, in dem der (die) Patient (in) als nächstes das **Alter von 7, 54, 58, 61, 64, 67, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 81, 82, 83 usw. Jahren** erreichen wird; der untersuchende Arzt kann aber, bei diesbezüglich gegebener medizinischer Indikation, ein früheres Jahr für die nächste Untersuchung des (der) Patienten (Patientin) festlegen; ggf. wird dieser vom Arzt festgelegte Termin für die nächste Untersuchung maßgebend sein

Die **Spielberechtigung** für offizielle TT-Kompetitionen wird einem Spieler nur dann von der FLTT erteilt, wenn der untersuchende Arzt diesem Spieler für solche Kompetitionen eine **uneingeschränkte Tauglichkeit** bescheinigt hat

....., den .....  
( Ortschaft ) ( Datum ) ( **STEMPEL und UNTERSCHRIFT** des Arztes )

Diese Bescheinigung muss innerhalb von drei (3) Werktagen nach der Untersuchung eingeschickt werden an:  
**FLTT - Secrétariat, 3 route d'Arlon, L-8009 STRASSEN**

## PROCÈS VERBAL

### relatif à l'examen médical d'aptitude à la pratique du tennis de table

Le docteur soussigné .....  
( NOM et Prénom )

confirme par la présente  
avoir examiné

Madame / Monsieur .....  
( NOM et Prénom ) ( Date de naissance )

Membre du club de TT .....

en date du ( Date de l'examen ) .....

et il atteste (1) que le (la) patient(e) désigné(e) ci-avant est apte sans aucune restriction pour la pratique du tennis de table ainsi que pour la participation à des compétitions officielles de tennis de table et (2) qu'il n'existe aucune contre-indication médicale à ce que ce (cette) patient(e) pratique le tennis de table et prenne part à des compétitions officielles de tennis de table.

La présente attestation aura validité à partir du jour de son envoi au secrétariat de la FLTT  
(la date faisant foi étant celle du cachet postal sur le courrier ou de l'e-mail)

et conservera sa validité jusqu'au 31 décembre de l'année ➡ ➡ ➡  ⬅ ⬅ ⬅

**Ici le Docteur DOIT renseigner l'année qu'il recommande pour le prochain examen médical d'aptitude au tennis de table du patient, sachant que l'année recommandée par le docteur ne peut toutefois pas dépasser l'année qui se dégage de la disposition réglementaire reprise ci-après.**

Eu égard aux dispositions réglementaires de la FLTT applicables en la matière, le prochain examen médical d'aptitude au tennis de table du (de la) patient(e) devra avoir lieu au plus tard avant la fin de l'année au cours de laquelle le (la) patient(e) atteindra en premier **l'âge de 7, 54, 58, 61, 64, 67, 70, 72, 74, 76, 78, 80, 81, 82, 83 etc. ans**; le docteur peut, notamment dans le cas d'une indication médicale afférente, fixer une année antérieure à l'année réglementaire pour le prochain examen médical d'aptitude au tennis de table du (de la) patient(e); le cas échéant, l'année fixée par le docteur devient déterminante pour le prochain examen.

L'**éligibilité** pour les compétitions officielles de tennis de table ne sera accordée par la FLTT à un joueur que si le docteur ayant examiné ce joueur a attesté à celui-ci une aptitude sans aucune restriction pour la participation à de telles compétitions.

....., le .....  
( Lieu ) ( Date ) ( **CACHET et SIGNATURE** du médecin )

La présente attestation doit être envoyée endéans les trois jours ouvrables après l'examen médical à:  
**FLTT - Secrétariat, 3 route d'Arlon, L-8009 STRASSEN**