

Type : Nouvelle licence Renouvellement Transfert - Nom du club :
 J'ai déjà un IUF (Identifiant Unique Fédéral) :

INFORMATIONS PERSONNELLES DU LICENCIÉ

Nom Prénom :
 Nationalité : Sexe (H/F) : Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 E-mail personnel : @ Tél (01) :
 (obligatoire) Tél (02) :
 Je suis athlète handisport

En application des art.39 et suivants de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de mise à jour des données vous concernant conservées par informatique. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir la communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au service « Licences » de la **Fédération Française de Natation**, 104 rue Martre, CS 70052 - 92583 CLICHY CEDEX
 Je souhaite recevoir les e-mailings d'information de la FFN, Ligue, Comité et les E-mailings d'offres promotionnelles de la FFN et de ses partenaires OUI NON

TYPE DE LICENCE

| NATATION POUR TOUS | | COMPETITION | | ENCADREMENT | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|--|--|
| Natation | <input type="checkbox"/> | Natation (1) | <input type="checkbox"/> | Contrôle d'honorabilité obligatoire | |
| Natation artistique | <input type="checkbox"/> | Natation Artistique (1) | <input type="checkbox"/> | J'exerce des fonctions d'éducateur sportif, de juge, d'arbitre, d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives ou suis susceptible d'intervenir auprès de mineurs au sens des articles L.212-1 et L.322-1 du code du sport. | |
| Plongeon | <input type="checkbox"/> | Plongeon (1) | <input type="checkbox"/> | A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la FFN aux services de l'Etat afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L. 212-9 du code du sport soit effectué. | |
| Water-Polo | <input type="checkbox"/> | Water-Polo | <input type="checkbox"/> | J'ai compris, j'accepte ce contrôle et je m'engage à remplir le formulaire spécifique d'honorabilité situé en page 3 <input type="checkbox"/> | |
| Eau-Libre | <input type="checkbox"/> | Eau libre (1) | <input type="checkbox"/> | Natation | Entraîneur <input type="checkbox"/> Officiel <input type="checkbox"/> Président <input type="checkbox"/> |
| Nagez Forme Santé | <input type="checkbox"/> | Eau libre promotionnelle(2) | <input type="checkbox"/> | Natation artistique | <input type="checkbox"/> Secrétaire Général..... <input type="checkbox"/> |
| Nagez Forme Bien-être | <input type="checkbox"/> | | | Plongeon | <input type="checkbox"/> Trésorier..... <input type="checkbox"/> |
| <small>Pour participer à la tournée «AQUA CHALLENGE» et aux compétitions d'eau libre hors championnat de France Le certificat médical fourni doit exprèsment attester de l'absence de contre-indication à la pratique de la natation en Compétition</small> | | <small>(1) Comprenant la catégorie des maillots (2) Ne pouvant pas participer aux championnats de France</small> | | Water-Polo | <input type="checkbox"/> Autre Dirigeant <input type="checkbox"/> |
| OPERATION MINISTERIELLE | | | | Eau-Libre | <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> |
| J'apprends à nager / Aisance aquatique <input type="checkbox"/> | | | | Nagez Forme Santé | <input type="checkbox"/> |
| | | | | Nagez Forme Bien-être | <input type="checkbox"/> |

Le soussigné atteste sur l'honneur avoir répondu, conjointement avec le mineur concerné, **NON** à toutes les questions du QS Sport - Mineurs dont le contenu est précisé à l'Annexe II-23 (art A231-3) du code du sport (cocher la case)
 Lorsqu'une réponse au QS Sport - Mineurs est un **OUI**, un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport de moins de six mois est exigé.

En application de l'article R.232-52 du code du sport, (cocher l'une ou l'autre des deux cases)

- Autorise tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang, prélèvement de phanères) lors d'un contrôle antidopage sur l'enfant mineur ou le majeur protégé (nom et prénom)
- Reconnaît être informé que l'absence d'autorisation parentale est constitutive d'un refus de se soumettre à ce contrôle et est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires à son égard.

ASSURANCE

Le soussigné déclare avoir :

- Reçu et pris connaissance des informations minimales de garanties de base « Accidents Corporels » attachées à la licence FFN
- Pris connaissance du bulletin permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires à l'assurance de base « Individuelle Accident » auprès de l'assureur fédéral.

Garantie de base « individuelle accident »

- OUI**, je souhaite bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et « Assistance Rapatriement » comprise dans la licence FFN.
- NON**, je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et « Assistance Rapatriement » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel (Coût remboursé en cas de refus : 0,16 € TTC et 0,05 € TTC pour les bébés nageurs. Dans ce cas, envoyer une copie de ce formulaire auprès de la FFN)

Garantie complémentaire

- OUI**, je souhaite souscrire une option complémentaire. Dans ce cas, remplir le formulaire de souscription disponible auprès du club et le renvoyer à l'assureur en joignant un chèque à l'ordre de celui-ci.
- NON**, je ne désire pas souscrire d'option complémentaire.

SIGNATURE

Fait à

Le

CLUB

LICENCIÉ