

Type : Nouvelle licence Renouvellement Transfert - Nom du club :

Licencié

J'ai déjà un IUF (Identifiant Unique Fédéral) :

Nom

Prénom :

Nationalité :

Sexe (H/F) :

Date de naissance : [][] [][] [][][][][][][][]

Adresse :

Code postal :

Ville :

E-mail personnel :

@

Tél (01) :

Tél (02) :

 Je suis un(e) 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 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

Informations	LICENCE COMPETITION	LICENCE «NATATION POUR TOUS» (3)	LICENCE ENCADREMENT
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. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Natation (1) <input type="checkbox"/> Natation Artistique (1) <input type="checkbox"/> Plongeon (1) <input type="checkbox"/> Water-Polo <input type="checkbox"/> Eau libre (1) <input type="checkbox"/> Eau libre promotionnelle (2) <input type="checkbox"/>	Activité Natation <input type="checkbox"/> Natation artistique <input type="checkbox"/> Plongeon <input type="checkbox"/> Water-Polo <input type="checkbox"/> Eau-Libre <input type="checkbox"/> Nagez Forme Santé <input type="checkbox"/> Nagez Forme Bien-être <input type="checkbox"/>	Entraîneur <input type="checkbox"/> officier <input type="checkbox"/> Président <input type="checkbox"/> Secrétaire Général..... <input type="checkbox"/> Trésorier..... <input type="checkbox"/> Autre Dirigeant <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/>
(2) Ne pouvant pas participer aux championnats de France (1) Comportant la catégorie des maîtres (3) Pour participer à la tournée "AQUA CHALLENGE", le certificat médical fourni doit expressément attester de l'absence de contre-indication à la pratique de la Natation en eau-libre en Compétition.	POUR LES ENCADRANTS ET DIRIGEANTS J'exerce des fonctions d'éducateur sportif et/ou d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives au sens des articles L.212-1 et L.322-1 du code du sport. À 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. 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"/>		

- Lorsqu'un **certificat médical** de non contre-indication est exigé, joindre ledit certificat
- Pour le renouvellement d'une licence sportive, le soussigné atteste sur l'honneur (cocher les cases)

- Avoir fourni à un club affilié FFN un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la ou des discipline(s) fédérale(s) envisagée(s), en compétition, il y a moins de trois ans.
- Ne pas avoir eu d'interruption de licence depuis la fourniture de ce certificat
- Avoir répondu NON à toutes les questions du **QS - Sport Majeurs** dont le contenu est précisé à l'annexe II-22 (art. A231-1) du code du sport

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 : environ 0,16 € TTC. 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

 1^{er} exemplaire au club
 2^{ème} exemplaire au licencié

(le représentant légal pour les majeurs protégés)

cas n°1

Je sollicite la délivrance d'une première licence FFN
ou Je sollicite le renouvellement de ma licence après une interruption de licence.



Je dois fournir un certificat médical datant de moins d'un an

cas n°2

Je sollicite le renouvellement de ma licence FFN d'une année sur l'autre



J'ai fourni un certificat médical il y a maintenant trois ans



Je dois fournir un nouveau certificat médical

J'ai fourni un certificat médical il y a moins trois ans

J'ai répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire de santé



Je dois simplement remplir une attestation de réponse négative au questionnaire

J'ai répondu **OUI** à l'une des questions du questionnaire de santé



Je dois fournir un nouveau certificat médical de moins de six mois.



PARTENAIRE PRINCIPAL



PARTENAIRES OFFICIELS



SUIVEZ NOUS SUR



ffnatation.fr

(ANNEXE II -22 - ART. A. 231-1 DU CODE DU SPORT)

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON *	OUI	NON
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS		
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 ou un malaise ?	<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"/>
À CE JOUR		
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"/>
<i>* NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié</i>		

ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A TOUTES LES QUESTIONS DU QS SPORT MAJEURS - FFN

(à remplir par le licencié demandant le renouvellement de sa licence ou son représentant légal s'il s'agit de majeur protégé)

Je soussigné(e) : [Nom - Prénom]

N° de licence :

Nom du Club :

Demeurant :

.....

..... [Adresse complète]

Atteste sur l'honneur :

- Avoir fourni à un club affilié FFN un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport ou de la ou les disciplines fédérales envisagées, en compétition il y a moins de trois ans.
- Ne pas avoir eu d'interruption de licence depuis la fourniture de ce certificat.
- Avoir répondu NON à toutes les questions du QS Sport - Majeurs « QS - FFN » dont le contenu est précisé à l'Annexe 11-22 (Art. A. 231-1) du Code du sport.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à [Ville] le [date]

Signature du licencié
(ou de son responsable légal s'il
s'agit d'un majeur protégé)



Autorisation de prises de vues et de diffusion d'images

Dans le cadre de ces différentes activités sportives, l'USLC Natation peut être amenée à réaliser des photographies ou des vidéos sur lesquelles vous apparaissez.

Notre club peut également être sollicité par la presse.

La loi relative au droit à l'image oblige les responsables de notre association à demander une autorisation écrite pour la prise de vue et la diffusion de ces prises de vue.

Je soussigné (e) :

Demeurant à :

Téléphone :

Autorise, à titre gratuit, l'USLC Natation à me photographier / filmer et à exploiter mon image.

Les prises de vues et les images ainsi réalisées seront exploitées exclusivement dans le cadre de la communication interne de notre club pour ses besoins de promotion ou d'information du public sur ses activités.

Cette autorisation est valable :

- pour la réalisation de photos ou d'images dans le cadre des activités du club.
- pour la diffusion des ces prises de vue sur différents supports (support papier, CD Rom, support vidéo...) par les membres de notre club, par les journalistes, et les différents partenaires institutionnels ou privés.
- pour l'édition de documents (plaquette...).
- pour des expositions relatives à notre association.
- pour la publication sur le site internet de notre club ainsi que sa page Facebook.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent à signer ce formulaire en mon nom propre et /ou en tant que tuteur légal de mon/mes enfant(s) nommé(s) ci-dessous :

-
-
-

Cette autorisation est valable sans limitation de durée et pourra être révoquée à tout moment sur simple demande écrite.

J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à, le

Signature