

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) : .....

*(obligatoire)* Tél (02) : .....

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 « Licence » de la **Fédération Française de Natation**, 104 rue martre, CS 70052 - 92583 CLICHY CEDEX

Informations	LICENCE COMPETITION	LICENCE «NATATION POUR TOUS» <sup>(3)</sup>	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 <sup>(1)</sup> ..... <input type="checkbox"/> Natation Artistique <sup>(1)</sup> ..... <input type="checkbox"/> Plongeon <sup>(1)</sup> ..... <input type="checkbox"/> Water-Polo ..... <input type="checkbox"/> Eau libre <sup>(1)</sup> ..... <input type="checkbox"/> Eau libre promotionnelle <sup>(2)</sup> ..... <input type="checkbox"/> <small><sup>(2)</sup> Ne pouvant pas participer aux championnats de France <sup>(1)</sup> Comprenant la catégorie des maîtres</small>	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"/> Eveil ..... <input type="checkbox"/> <small><sup>(3)</sup> 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.</small>	Entraîneur officiel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> <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"/> <div style="background-color: #ffcccc; border: 1px solid #ff0000; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <b>POUR LES ENCADRANTS ET DIRIGEANTS <sup>(obligatoire)</sup></b>  <small>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. 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.  <b>J'ai compris, j'accepte ce contrôle et je m'engage à remplir le formulaire spécifique d'honorabilité situé en page 3</b> <input type="checkbox"/></small> </div>
OPERATION MINISTERIELLE			
J'apprends à nager / Aisance Aquatique ..... <input type="checkbox"/>			

- Lorsqu'un **certificat médical** de non contre-indication est exigé, joindre ledit certificat
- Lorsqu'un certificat médical n'est pas exigé pour le renouvellement de la licence, 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 questionnaire de santé «QS- FFN» dont le contenu est précisé à l'annexe II-22 (art. A231-1) du code du sport

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)
- Reconnais 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 : environ 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

LICENCIE



«QS -FFN» (ANNEXE II -22 - ART. A. 231-1 DU CODE DU SPORT)

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON *	OUI	NON
<b>DURANT LES 12 DERNIERS MOIS</b>		
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"/>
<b>A CE JOUR</b>		
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) Avez-vous été atteint ou en contact avec une personne atteinte du covid-19 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) 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 QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS - FFN »

(à remplir par le licencié demandant le renouvellement de sa licence ou responsable légal quand il s'agit d'enfant)

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 questionnaire de santé « QS – FFN » dont le contenu est précisé à l'Annexe II-22 (Art. A. 231-1) du Code du sport.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à ..... [Ville] le ..... [date]

*Signature de l'adhérent  
(ou de son représentant légal  
si celui-ci est mineur)*