

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
Tél (01)
E-mail personnel
Obligatoire
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 COMPÉTITION
NATATION POUR TOUS
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

Natation¹

¹ Comprenant la catégorie des Maîtres

Natation
OUI
NON
Président
Autre dirigeant
Secrétaire général
Bénévole
Trésorier
POUR LES ENCADRANTS ET LES 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.

A ce titre, les éléments constituant 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 m'engage à remplir le formulaire spécifique d'honorabilité (à télécharger sur le site ASM DAUPHINS DE MEUDON

- 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) envisagé(e)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) - 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 » attachés 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 Rapatriements » 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 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

Licencié

(Le représentant légal pour les majeurs protégés)