

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» ⁽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"/> <small>⁽²⁾ Ne pouvant pas participer aux championnats de France ⁽¹⁾ 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>⁽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.</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"/> <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"/> POUR LES ENCADRANTS ET DIRIGEANTS (obligatoire) 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. 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"/>
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

LICENCE