

BULLETIN D'INSCRIPTION CNC

RESERVE AU CLUB :

PIECES A FOURNIR :

- Certificat médical (*de -3 mois, en cas de nouvelle inscription*)
- Fiche médicale (complète)
- Formulaire licence (signé)
- Photo

REGLEMENT :

- En cours
- effectué

GROUPE :

- nouvelle inscription
- renouvellement
- transfert

Club quitté :

ADHERENT(E) :

(Remplir en caractères d'imprimerie, svp)

Sexe : F M

Date de naissance : ... / ... /

Nationalité :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Email :

 Domicile :

 Mobile :

 Travail :

PHOTO

RESPONSABLE 1

Lien de Parenté :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Email :

 Domicile :

 Mobile :

 Travail :

RESPONSABLE 2

Lien de Parenté :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Email :

 Domicile :

 Mobile :

 Travail :

Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence :

Nom, Prénom 

Nom, Prénom 

FICHE MEDICALE

Merci de remplir scrupuleusement cette fiche. Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées uniquement au responsable et, le cas échéant, aux services médicaux.

ADHERENT(E) :

L'adhérent suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si OUI, dans le cadre de déplacement en compétitions (avec nuitées) ou de stage, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants (*boîte de médicaments dans leur emballage d'origine, marquée au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice*).

Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'adhérent sans ordonnance.

L'adhérent a-t-il des allergies ? Asthme : OUI NON

Alimentaires : OUI NON

Médicamenteuse : OUI NON

Autres :

Si Oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler).

.....
.....

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES :

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé – énurésie, maladie, accident, crise convulsives, opérations, rééducation,...En indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre.

.....

L'adhérent porte-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?

Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux).

.....

NOM ET COORDONNÉES DU MEDECIN TRAITANT:

Docteur :N° Téléphone :

Adresse :

.....

ETAT DES VACCINATIONS

DT Polio OUI NON Date du dernier rappel :

(Diphtherie/Tétanos/Poliomyélite)

BCG OUI NON Date du dernier rappel :

Autre OUI NON Date du dernier rappel :

Si l'adhérent n'a pas les vaccins ci-dessus, merci de joindre un certificat médical de contre-indication. Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

TARIFS ADHESION

Groupe	Tarif	Tarif réduit	Total
Compétition	380€	350€	
Pré-compétition Ados Loisir Adultes	350€	330€	
Maitrise Perfectionnement Apprentissage	350€	330€	

Le tarif réduit s'applique à partir du 2^{ème} membre d'une même famille (sur présentation du livret de famille), composition de la famille :

Nom – Prénom / Groupe : _____

Nom – Prénom / Groupe : _____

Nom – Prénom / Groupe : _____

REGLEMENT :

Type de règlement :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chèques Vacances : Montant : € | <input type="checkbox"/> Coupon Sport : Montant € |
| <input type="checkbox"/> Chèques loisir CAF : Montant : € | <input type="checkbox"/> Chèques MSA : Montant € |
| <input type="checkbox"/> Espèces : Montant :€ | <input type="checkbox"/> Chèque(s) bancaire(s)€ |

Paielement en plusieurs fois (possibilités jusqu'à 10 fois) :

Montant : € Chèque N°..... EncaissementMontant : € Chèque N°..... Encaissement

Montant : € Chèque N°..... EncaissementMontant : € Chèque N°..... Encaissement

Montant : € Chèque N°..... EncaissementMontant : € Chèque N°..... Encaissement

Montant : € Chèque N°..... EncaissementMontant : € Chèque N°..... Encaissement

Montant : € Chèque N°..... EncaissementMontant : € Chèque N°..... Encaissement

Si vous désirez d'autres aménagements en terme de règlement, contactez le Trésorier du CNC ou signalez le lors de l'inscription.

Souhaitez-vous un reçu ? OUI NON

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur. Je m'engage à le respecter ainsi que les consignes données par les entraîneurs et dirigeants du club.

Je déclare exacts les renseignements médicaux présents sur le dossier d'inscription. Dans le cas d'un stage ou d'une compétition j'autorise le responsable à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'adhérent. **J'accepte** que les prises de vue réalisées dans le cadre de ma participation aux manifestations puissent être diffusées et publiées dans la presse, sur le site du club, la page Facebook et le journal du club.

Date :

Signature de l'adhérent ou responsable légal (s'il est mineur)

Type de la licence

- Renouvellement
- Transfert — Nom du club précédent :
- Multi-licence
- Nouvelle licence

IUF :

(Identifiant Unique Fédéral)

Licencié

Nom :

Prénom :

Nationalité : Sexe (H/F) : H/F Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Adresse :

Code postal : Ville :

E-mail :@..... Tél (01) :

Tél (02) :

ACTIVITE
(plusieurs choix possibles)

FONCTION SPORTIVE
(plusieurs Choix Possibles)

FONCTION ADMINISTRATIVE
DANS LE CLUB

- | | Entr | Off |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Natation (1)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nat. Synchronisée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plongeon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Water polo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eau Libre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nagez Forme Santé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eveil (0-6 ans) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dirigeant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nagez Forme Bien-être | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Président
- Secrétaire général
- Trésorier
- Membre du bureau

Légendes

Entr. = entraîneur/éducateur
Off. = officiel/juge/arbitre
(1) = y compris maître

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, 14 rue Scandicci, 93508 Pantin cedex. Ces informations peuvent être communiquées à des tiers. Si vous vous y opposez, il suffit d'écrire à la fédération.

Joindre le Certificat Médical de non Contre-indication

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

Détail des garanties de bases attachées à la licence au dos du présent document

Le soussigné déclare avoir :

- Reçu et pris connaissance des notices d'information afférentes aux garanties de base « accident corporel » attachées à la licence FFN
- Pris connaissance du bulletin « SPORTMUT NATATION » permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires à l'assurance de base « accidents corporels » auprès de la Mutuelle des sportifs.

Garantie de base « individuelle accident »

- OUI**, je souhaite bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » comprise dans ma la licence FFN.
- NON**, je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel (Coût remboursé en cas de refus :0,16€ TTC. Dans ce cas envoyer une copie de ce formulaire auprès de notre assureur.
- MUTUELLE DES SPORTIFS, 2/4, rue Louis-David— 75782 PARIS Cedex 16)

Garantie complémentaire « SPORTMUT NATATION »

- OUI**, je souhaite souscrire une option complémentaire. Dans ce cas, remplir le formulaire de souscription disponible auprès du club et le renvoyer à la MUTUELLE DES SPORTIFS (2/4, rue Louis-David—75782 PARIS Cedex 16) en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci.
- NON**, Je ne désire pas souscrire d'option complémentaire.

SIGNATURES

Fait à

Le

CLUB

LICENCIÉ