



Feuille de renseignements et assurance

Licence 2018-2019

NATATION

Type de la licence

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

Licencié _____

LUF : _____ (Identifiant Unique Fédéral)

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 _____

Natation (1) Nat. Synchronisée
 Plongeon
 Water polo
 Eau Libre
 Nagez Forme Santé
 Eveil (0-6 ans)
 Dirigeant
 Nagez Forme Bien-être

Président **Secrétaire général**
Trésorier **Membre du bureau**

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

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) _____

Reconnaît 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 sousigné 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 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

Le Fait à _____ Club _____ Licence _____

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

RESPONSABLE 1

Club quitté : _____

Lien de Parenté : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Email : _____

Domicile : _____

Mobile : _____

Travail : _____

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 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 : _____

BULLETIN D'INSCRIPTION CNC

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.

ADHERENTE(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 – énuvrisse, maladie, accident, crise convulsives, opérations, rééducation... En indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre.

L'adhérent porte-t-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 :

(Diphthérie/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€	
Maîtrise 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 :

Non - Prénom / Groupe : _____
 Non - Prénom / Groupe : _____
 Non - Prénom / Groupe : _____

REGLEMENT :

Type de règlement :

- Chèques Vacances : Montant : € Coupon Sport : Montant : €
- Chèques loisir CAF : Montant : € Chèques MSA : Montant : €
- Espèces : Montant : € Chèque(s) bancaire(s) : €

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

Montant : € Chèque N° Encasement Montant : € Chèque N° Encasement

Montant : € Chèque N° Encasement Montant : € Chèque N° Encasement

Montant : € Chèque N° Encasement Montant : € Chèque N° Encasement

Montant : € Chèque N° Encasement Montant : € Chèque N° Encasement

Si vous désirez d'autres aménagements en terme de règlement, contactez le Trésorier du CNC qui signalera 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)