Feuille de renseignements et assurance

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) : .....

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

Informations

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.

☐ OUI ☐ NON

LICENCE COMPETITION

- Natation (1) ..... ☐
- Natation Artistique (1) ..... ☐
- Plongeon (1) ..... ☐
- Water-Polo ..... ☐
- Eau libre (1) ..... ☐

Eau libre promotionelle (2) ☐

(2) Ne pouvant pas participer aux championnats de France
(1) Comprenant la catégorie des maîtres

OPERATION MINISTERIELLE

J'apprends à nager ..... ☐

LICENCE «NATATION POUR TOUS» (3)

	Activité
Natation	☐
Natation artistique	☐
Plongeon	☐
Water-Polo	☐
Eau-Libre	☐
Nagez Forme Santé	☐
Nagez Forme Bien-être	☐
Eveil	☐

(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.

(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.

LICENCE ENCADREMENT

	Entraineur	officiel
Président	☐	☐
Secrétaire Général	☐	☐
Trésorier	☐	☐
Autre Dirigeant	☐	☐
Bénévole	☐	☐

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 ☐

- 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

1 er exemplaire au club
2 ème exemplaire au licencié

(Personne investie de l'autorité parentale pour les mineurs / Personne investie de l'autorité pour les majeurs protégés)