

SAISONS (réservé club) : 2022 – 2023 2023 – 2024 

<b>NOM :</b>				<b>PRENOM :</b>		
<b>NATIONALITE</b>		<b>SEXE</b>		<b>NE(E) :</b>		
<b>PROFESSION</b>						

<b>DISCIPLINE</b>	Natation course	<b>PRATIQUE</b>	Compétition	
	Natation artistique		Loisirs	

**COORDONNÉES**

ADRESSE :

CODE POSTAL :

COMMUNE :

**E-mail unique** pour la création de compte sur l'intranet du club et pour l'envoi des informations par mail :

**N° de téléphone portable principal****GROUPE WHATS'APP**

Souhaitez-vous être intégré au groupe what'app de votre pôle ?

*(Cochez la case si oui)* **RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Le nageur porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ? Cochez la case si oui

Le nageur a-t-il des allergies ou un problème de santé à connaître ? *(Cochez la case si oui et précisez la cause de l'allergie ou le problème de santé et la conduite à tenir)*

Asthme Médicamenteuses Alimentaires Autres Conduite à tenir :Nom de la personne à appeler en cas d'urgence :Numéro de téléphone :**SIGNATURES DES ENGAGEMENTS DE L'ADHÉRENT****Autorisation droit image**

J'autorise le TCN à prendre en photo mon enfant ou moi-même à des fins de communication (site du club, réseaux sociaux, calendrier, plaquette TCN ou autres)

Oui Non 

Je soussigné(e) autoriser le TCN à me faire transporter au centre hospitalier le plus proche, en cas d'accident se produisant dans le cadre des activités de l'association. Il est recommandé à l'adhérent d'être couvert par une assurance Responsabilité Civile.

Oui Non 

L'inscription au TCN vaut acceptation du règlement intérieur du club, du règlement de la Fédération Française de Natation et du règlement des piscines municipales, Ces documents sont disponibles sur le site internet du club :

<https://troyes-chapelle-natation.assoconnect.com>

Signature :

Type      Nouvelle licence      Renouvellement      Transfert – Nom du club  
 J'ai déjà un IUF (Identifiant Unique Fédéral) :

## INFORMATIONS PERSONNELLES DU LICENCIÉ

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 handispport

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

Je souhaite recevoir les e-mailing d'information de la FFN, Ligue, Comité et les E-mailings d'offres promotionnelles de la FFN et de ses partenaires  
 OUI  NON

## TYPE DE LICENCE

NATATION POUR TOUS	
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"/>

Pour participer à la tournée «AQUA CHALLENGE» et aux compétitions d'eau libre hors championnat de France  
 Le certificat médical fourni doit exprèsément attester de l'absence de contre-indication à la pratique de la natation en Compétition

COMPÉTITION	
Natation <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>
Natation artistique <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>
Plongeon <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>
Water-Polo <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>
Eau-Libre <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>
Eau libre promotionnelle <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/>

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

ENCADREMENT				
Contrôle honorabilité obligatoire				
<i>J'exerce des fonctions d'éducateur sportif, de juge, d'arbitre, d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives susceptibles d'intervenir auprès de mineurs 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 qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L.221-9 du code du sport soit effectué. J'ai compris, j'accepte ce contrôle et m'engage à remplir le formulaire spécifique d'honorabilité situé en page 3 <input type="checkbox"/></i>				
Natation	Entraîneur	Officiel	Président	<input type="checkbox"/>
Natation artistique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secrétaire Général	<input type="checkbox"/>
Plongeon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trésorier	<input type="checkbox"/>
Water-Polo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre dirigeant	<input type="checkbox"/>
Eau-Libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bénévole	<input type="checkbox"/>
Nagez Forme Santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nagez Forme Bien-être	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

- Ni le certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive, ni le renseignement du QS -FFN Majeurs n'est exigé pour toute licence hors compétition  
 - Pour le renouvellement d'une licence compétitive, le soussigné atteste sur l'honneur

- Avoir fourni (après sa majorité légale) 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, en compétition le cas échéant
- Ne pas avoir eu d'interruption de licence depuis la fourniture de ce certificat
- Avoir répondu NON à toutes les questions du QS-FFN Majeurs dont le contenu est précisé en page 5

En l'absence de renouvellement de licence compétitive (sans interruption avec la précédente), ou si les cases ci-dessus ne sont pas toutes cochées, un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive, le cas échéant en compétition, est exigé (joindre le dit certificat)

## ASSURANCE

**Le soussigné déclare avoir :**

- Reçu et pris connaissance des informations minimales de garantie de base « accidents corporels » attaché 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 (cout remboursé en cas de refus : 0.16€ TTC et 0,05TTC 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

LICENCIÉ