

SAISONS (réservé club) : 2023 – 2024 ☐2024 – 2025 ☐

|             |  |      |  |          |  |  |  |
|-------------|--|------|--|----------|--|--|--|
| NOM :       |  |      |  | PRENOM : |  |  |  |
| NATIONALITE |  | SEXE |  | NE(E) :  |  |  |  |
| PROFESSION  |  |      |  |          |  |  |  |

|            |                     |  |          |             |  |
|------------|---------------------|--|----------|-------------|--|
| DISCIPLINE | Natation course     |  | PRATIQUE | 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) autorise 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 :      Date de naissance :  
Nationalité :      Sexe : (H/F)  
Adresse :      Ville :      «Ville»  
Code Postal :      Tél (01) :  
E-mail personnel      Tél (02) :

**Obligatoire**

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

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 expressément attester de l'absence de contre-indication à la pratique de la natation en compétition

| COMPETITION                           |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| 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.</i>                                                                                                                         |                          |                          |                                             |
| <i>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 .....

1<sup>er</sup> exemplaire au club  
2<sup>ème</sup> exemplaire au licencié

CLUB

LICENCIÉ

Validé par le Cercle de Compétences Médical de la FFN

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON *                                                                                                                                                                     | OUI                      | NON                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>DURANT LES 12 DERNIERS MOIS</b>                                                                                                                                                                                        |                          |                          |
| 1) un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>À CE JOUR</b>                                                                                                                                                                                                          |                          |                          |
| 7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc ...) survenu durant les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>* NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié</i>                                                                                                                                      |                          |                          |

## ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A TOUTES LES QUESTIONS DU QS - FFN MAJEURS

(à remplir par le licencié demandant le renouvellement de sa licence ou son représentant légal s'il s'agit d'un majeur protégé)

Je soussigné(e) : ..... [Nom - Prénom]

N° de licence : .....

Nom du Club : .....

Demeurant : .....

..... [Adresse complète]

### Atteste sur l'honneur :

- Avoir fourni à un club affilié FFN un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport ou de la ou les disciplines fédérales envisagées, en compétition.
- 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 a été validé par le Cercle de Compétences Médical de la FFN

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à ..... [Ville] le ..... [date]

Signature du licencié

*(ou de son responsable légal s'il  
s'agit d'un majeur protégé)*

La FFN met tout en œuvre pour rédiger des documents conformes au droit en vigueur. Ils ne constituent pas à eux seuls un avis professionnel ou juridique. L'utilisation de ces documents ne saurait engager la responsabilité de la FFN.

104 rue Martre – CS 70052- 92583 CLICHY Cedex  
Tél. 01 41 83 87 70 – Fax. 01 41 83 87 69 \* E-mail : [ffn@ffnatation.fr](mailto:ffn@ffnatation.fr)



PARTENAIRE PRINCIPAL



PARTENAIRE OFFICIEL



SUIVEZ NOUS SUR



[ffnatation.fr](http://ffnatation.fr)