

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

NOM :		PRENOM :	
NATIONALITE	SEXE	NE(E) :	

INSCRIPTIONS SUR POLE

POLE AVENIRS			POLE ADOS			POLE ARTISTIQUE			POLE INCLUSION	
Saison	23/24	24/25	Saison	23/24	24/25	Saison	23/24	24/25	23/24	24/25
Sauv Nage			Pass compet			Parcours compétition			Parcours Loisirs	
Pass sports eau			Jeunes			Babies			Jeunes	
			Juniors			Avenirs			Juniors	
						Jeunes				
			Licence loisirs			Juniors				
			Licence compétition							

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 (parent obligatoirement) pour le suivi du nageur

Parent 1

Nom/Prénom :

Adresse

Tél

Profession

Parent 2

Nom/Prénom :

Adresse

Tél

Profession

GROUPE WHATS'APP

Souhaitez-vous être intégré au groupe what'app de son pôle ? (Cochez la case si oui)

Souhaitez-vous que votre enfant soit intégré au groupe what'app de son pôle ? (Cochez la case si oui)

Téléphone parent

Téléphone Nageur

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 :

(Attention, les nageurs ayant 18 ans sur la saison sportive doivent fournir un certificat médical)

SIGNATURES DES ENGAGEMENTS DE L'ADHÉRENT OU DE SES RESPONSABLES LÉGAUX

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 faire transporter mon enfant 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

J'autorise mon enfant à quitter la piscine **seul** 15min après la fin de l'entraînement

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>

Signatures représentants légaux :

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 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 compléments d'eau libre hors championnat de France. Le certificat médical fourni doit exprèssement attester de l'absence de contre-indication à la pratique de la natation en **Compétition**

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

OPERATION MINISTERIELLE	
J'apprends à nager / Aisance aquatique	<input type="checkbox"/>

Le soussigné atteste sur l'honneur avoir répondu, conjointement avec le mineur concerné, NON à toutes les questions du QS sport – Mineurs dont le contenu est précisé à l'annexe II-23 (art A2312-3) du code du sport (cochez la case) :
 Lorsqu'une réponse au QS Sport-Mineurs est un OUI, un certificat médical de non-contre-indication à la pratique du sport de moins de six mois est exigé.

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 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

ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3) DU CODE DU SPORT

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille un garçon

Ton âge : ans

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)

Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE	OUI	NON
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUJOURD'HUI

Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?

Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?

Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?

QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS

Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?

Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?

Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?
(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A TOUTES LES QUESTIONS DU QS SPORT MINEURS

(à remplir par les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur)

Je soussigné(e) :exerçant l'autorité parentale sur [Nom - Prénom]

N° de licence :

Nom du Club :

Demeurant :

..... [Adresse complète]

Atteste sur l'honneur :

- Que toutes les questions du QS Sport Mineurs, dont le contenu est précisé à l'Annexe II-23 (A.231-3) du code du sport donnent lieu à une réponse négative

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à [Ville] le [date]

Signature de la personne
exerçant l'autorité parentale