

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

Informations	LICENCE COMPETITION	LICENCE «NATATION POUR TOUS» (3)	LICENCE ENCADREMENT																		
<p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p> <p><small>(2) Ne pouvant pas participer aux championnats de France (1) Comprenant la catégorie des maîtres (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.</small></p>	<p>Natation (1) <input type="checkbox"/></p> <p>Natation Artistique (1) <input type="checkbox"/></p> <p>Plongeon (1) <input type="checkbox"/></p> <p>Water-Polo <input type="checkbox"/></p> <p>Eau libre (1) <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Eau libre promotionnelle (2) <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: right; font-size: small;">Activité</p> <p>Natation <input type="checkbox"/></p> <p>Natation artistique <input type="checkbox"/></p> <p>Plongeon <input type="checkbox"/></p> <p>Water-Polo <input type="checkbox"/></p> <p>Eau-Libre <input type="checkbox"/></p> <p>Nagez Forme Santé <input type="checkbox"/></p> <p>Nagez Forme Bien-être <input type="checkbox"/></p>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%; font-size: x-small;">Entraîneur</td> <td style="width: 10%; font-size: x-small;">officiel</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Président <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Secrétaire Général..... <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Trésorier..... <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Autre Dirigeant <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Bénévole <input type="checkbox"/></td></tr> </table> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold; font-size: small;">POUR LES ENCADRANTS ET DIRIGEANTS (obligatoire)</p> <p style="font-size: x-small;">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.</p> <p style="font-size: x-small; color: green;">J'ai compris, j'accepte ce contrôle et je m'engage à remplir le formulaire spécifique d'honorabilité situé en page 3 <input type="checkbox"/></p> </div>	Entraîneur	officiel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Président <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secrétaire Général <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trésorier <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre Dirigeant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bénévole <input type="checkbox"/>
Entraîneur	officiel																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Président <input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secrétaire Général <input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trésorier <input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre Dirigeant <input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bénévole <input type="checkbox"/>																			

- Lorsqu'un **certificat médical** de non contre-indication est exigé, joindre ledit certificat

- Pour le renouvellement d'une licence sportive, 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 **QS - Sport Majeurs** dont le contenu est précisé à l'annexe II-22 (art. A231-1) du code du sport

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. 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

