FÉDÉRATION FRANÇAISE NATATION

Feuille de renseignements et assurance

Licence 2018 2019

1er ex : club – 2ème ex : licencié

Type de la licence

☐ Renouvellement
☐ Transfert — Nom du club précédent :
☐ Multi-licence
☐ Nouvelle licence

IUF : .....
(Identifiant Unique Fédéral)

Licencié

Nom : .....

Prénom : .....

Nationalité : ..... Sexe (H/F) : ..... Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

E-mail : ..... @ ..... Tél (01) : .....
Tél (02) : .....

ACTIVITE (plusieurs choix possibles)		FONCTION SPORTIVE (plusieurs Choix Possibles) Entraineur	Officiel
Natation	☐	☐	☐
Nat. Synchronisée	☐	☐	☐
Plongeon	☐	☐	☐
Water polo	☐	☐	☐
Eau Libre	☐	☐	☐
Nagez Forme Santé	☐	☐	☐
Eveil (0-6 ans)	☐	☐	☐
Dirigeant	☐	☐	☐
Nagez Forme Bien-être	☐	☐	☐

FONCTION ADMINISTRATIVE DANS LE CLUB	
Président	☐
Secrétaire général	☐
Trésorier	☐
Membre du bureau	☐

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**, 14 rue Scandicci , 93508 Pantin cedex. Ces informations peuvent être communiquées à des tiers. Si vous vous y opposez, il suffit d'écrire à la fédération.

Certificat Médical

- 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 trois cases) :

☐ Avoir fourni à un club affilié FFN un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport ou de la ou des disciplines fédérales envisagées, 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 – SPORT » dont le contenu est précisé à l'Annexe II-22 (Art. A. 231-1) 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

Négociation des garanties d'assurance licence en cours : les garanties minimales au dos du présent document peuvent évoluer

Le soussigné déclare avoir :

- Reçu et pris connaissance des informations minimales de garanties de base « accident corporel » attachées à la licence FFN
- Pris connaissance du bulletin « SPORTMUT NATATION » permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires à l'assurance de base « accidents corporels » auprès de la Mutuelle des sportifs.

Garantie de base « individuelle accident »

☐ **OUI**, je souhaite bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » comprise dans la licence FFN.

☐ **NON**, je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel (Coût remboursé en cas de refus : environ 0,16 € TTC + frais de timbre. 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.

SIGNATURES

Fait à .....

Le .....

CLUB

LICENCIE

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