

Cadre réservé au club

Paiement :

- Chèque bancaire :€
 Chèques ANCV :€
 Espèces :€

Saison 2023-2024



PHOTO

FICHE D'INSCRIPTION
COMPETITEURS MAJEURS

Nageur

Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Nationalité :
Adresse :
Téléphone domicile : Téléphone portable :
Adresse mail :

Etablissement scolaire fréquenté :

FICHE MEDICALE

Madame, Monsieur, autorise le représentant du club RSN présent lors des différentes manifestations (entraînements, compétitions, stages, ...) à prendre toutes les dispositions concernant son enfant en cas d'accident survenant sur les lieux de cette manifestation et de décider d'une éventuelle hospitalisation.

N° de Sécurité Sociale :

Traitements en cours ou toute information concernant votre enfant :

A, le

Signature du représentant légal

COTISATION ANNUELLE : 160 €

MODE DE REGLEMENT : Chèque (à l'ordre du Rethel Sportif Natation), Espèces, Chèques vacances, Coupons Sport, Chèques Loisirs CAF (Ardennes et Marne), Chèques MSA activités

RAPPEL : (extrait de l'article 6 des statuts du club) : « **Toute cotisation payée est définitivement acquise par le Rethel Sportif Natation** »

RESPECT DU REGLEMENT INTERIEUR

Je, soussigné(e) Mme, Mlle, M, m'engage à respecter les statuts du club, le règlement intérieur (disponibles sur le site internet du club) et les règles d'utilisation de la piscine sous peine d'exclusion.

A, le

Signature de l'adhérent, précédée de la mention « lu et approuvé »

CERTIFICAT MEDICAL

Pour les compétiteurs, nous demandons un certificat médical de non-contre-indication à la pratique de la natation y compris en compétition daté de moins d'un an.

Le certificat médical devra être fourni le jour de l'inscription. En cas de non présentation, l'accès au bassin sera refusé.

Merci de votre compréhension

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Le présent document vise à confirmer l'autorisation que vous accordez au club Rethel Sportif Natation d'utiliser toutes photographies et images sur lesquelles vous figurez aux fins de la diffusion d'informations à propos du club RSN et de sa promotion en général.

Vous n'autorisez pas la prise de vue

Vous autorisez expressément et gracieusement le club RSN de même que toute personne ou entreprise dont les services ont été ou seront retenus à cet effet :

1. à capter les images sur pellicule photographique, bande vidéo ou par l'entremise de tout autre moyen technique ou électronique,
2. à utiliser les images en les reproduisant notamment dans des brochures, reportages sur les activités du club, annonces publicitaires, ainsi que sur le site Internet du club RSN ou de toute autre façon que ce soit.

La présente autorisation est donnée et les droits précités sont cédés aux fins ci-dessus décrites pour une durée illimitée et sous toute forme, pour tout média et dans toute langue, sans limitation de quelque nature que ce soit.

A, le

Signature de l'adhérent

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 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 la 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

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 OUI NON

TYPE DE LICENCE

Le titulaire d'une licence « compétition » ou « natation pour tous » susceptible d'exercer régulièrement ou à titre occasionnel une activité d'encadrement (d'éducateur sportif, de juge, d'arbitre, d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives ou de bénévole susceptible d'intervenir auprès de mineurs) doit cocher la case relative au formulaire d'honorabilité dans l'encart « Encadrement » ci-dessous

NATATION POUR TOUS		COMPÉTITION		ENCADREMENT																									
Natation	<input type="checkbox"/>	Natation (1)	<input type="checkbox"/>	Contrôle d'honorabilité obligatoire <i>J'exerce des fonctions d'éducateur sportif, de juge, d'arbitre, d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives ou suis susceptible 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 afin qu'un contrôle automatisé de mon honorabilité au sens de l'article L. 212-9 du code du sport soit effectué.</i> 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"/>																									
Natation artistique	<input type="checkbox"/>	Natation Artistique (1)	<input type="checkbox"/>																										
Plongeon	<input type="checkbox"/>	Plongeon (1)	<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Entraîneur</td> <td>Officiel</td> <td>Président</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nagez Forme Santé</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Secrétaire Général.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nagez Forme Bien-être</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Trésorier.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Autre Dirigeant</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Bénévole</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Entraîneur	Officiel	Président	<input type="checkbox"/>	Nagez Forme Santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secrétaire Général.....	<input type="checkbox"/>	Nagez Forme Bien-être	<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	Président	<input type="checkbox"/>																									
Nagez Forme Santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secrétaire Général.....	<input type="checkbox"/>																									
Nagez Forme Bien-être	<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"/>																									
		Eau libre (1)	<input type="checkbox"/>																										
		Eau libre promotionnelle(2)	<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

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

- 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 (cocher toutes les cases)

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(s), 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 ledit certificat).

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 et 0,05 € TTC 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

Validé par le Cercle de Compétences Médical de la FFN

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON *	OUI	NON
DURANT LES 12 DERNIERS MOIS		
1) un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ?	<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"/>
A CE JOUR		
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>		

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

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)