

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)

**FONCTION ADMINISTRATIVE  
DANS LE CLUB**

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.

- |                             | Entraîneur               | Officiel                 |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Natation .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nat. Synchronisée .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plongeon .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Water polo .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eau Libre .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nagez Forme Santé .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eveil (0-6 ans) .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dirigeant .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nagez Forme Bien-être ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Président .....   
 Secrétaire général .....   
 Trésorier .....   
 Membre du bureau .....

**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 **NOY** 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