

Type : Nouvelle licence Renouvellement Transfert - Nom du club :

Licencié

J'ai déjà un IUF (Identifiant Unique Fédéral) :

A REMPLIR

Nom : _____ Prénom : _____
 Nationalité : _____ Sexe (H/F) : _____ Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|
 Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____ @ _____ Tél (01) : _____
 E-mail personnel : _____ (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»	LICENCE ENCADREMENT
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 <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Natation (1) <input type="checkbox"/> Natation Artistique (1) <input type="checkbox"/> Plongeon (1) <input type="checkbox"/> Water-Polo <input type="checkbox"/> Eau libre (1) <input type="checkbox"/> Eau libre promotionnelle (2) <input type="checkbox"/>	Activité 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"/>	Entraîneur <input type="checkbox"/> officiel <input type="checkbox"/> Président <input type="checkbox"/> Secrétaire Général <input type="checkbox"/> Trésorier <input type="checkbox"/> Autre Dirigeant <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/>
(2) Ne pouvant pas participer aux championnats de France (1) Comportant 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 .	POUR LES ENCADRANTS ET DIRIGEANTS (obligatoire) 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. 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"/>		

- 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 _____

(le représentant légal pour les majeurs protégés)