



RACING CLUB ARRAS WATER-POLO

Equipes Water-Polo
Aisance Aquatique
Apprentissage Nage
Circuit Training-/Aquatique

06 50 90 57 04



www.rcarras-waterpolo.fr

contact@rcarras-waterpolo.fr

direction@rcarras-waterpolo.fr

5 Boulevard de général De Gaulle
62000, Arras



BULLETIN D'INSCRIPTION 2023 - 2024

WATER-POLO (Majeur)

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

- La fiche inscription
- Les autorisations signées
- Formulaire de licence FFN mineurs
- Questionnaire santé ou le certificat médical (avec la mention « pratique du water-polo en compétition uniquement pour les catégories compétitions »)
- La feuille de simple surclassement* / Double surclassement ** (*Uniquement pour les adhérents nés en 2008*/2009***) Disponible en téléchargement sur notre site internet
- La photocopie de la carte d'identité
- Une attestation de responsabilité civile
- Le règlement de la cotisation du club

Les inscriptions ne seront validées qu'après réception du dossier complet soit :

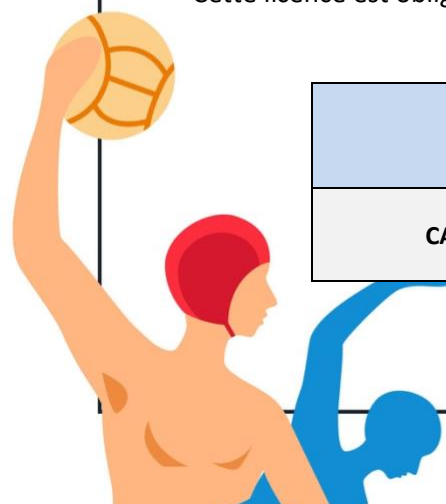
- Lors des journées d'inscription à la piscine Elie Desbin
- Lors des permanences à la piscine Elie Desbin

TARIF

Les tarifs comprennent la cotisation club et le coût de la licence FFN. Cette dernière est enregistrée informatiquement auprès de la FFN au nom de l'adhérent.
Cette licence est obligatoire pour prendre part à toute activité.

CATÉGORIE	COTISATION + LICENCE
CATEGORIE WATER-POLO	240 €

Code NAF : n° 93.12Z - Activités des Clubs Sports
N° SIRET : 49036270400010





RACING CLUB ARRAS WATER-POLO

Equipes Water-Polo
Aisance Aquatique
Apprentissage Nage
Circuit Training-/Aquatique

06 50 90 57 04



www.rcarras-waterpolo.fr

contact@rcarras-waterpolo.fr

direction@rcarras-waterpolo.fr

5 Boulevard de général De Gaulle
62000, Arras



REDUCTION FAMILLE*

***Famille : père, mère, enfants vivant à la même adresse.**

Nous accordons une réduction sur la cotisation des membres d'une même famille uniquement :

- 3 membres : -10% sur le total des 3 cotisations.
- 4 membres et plus : -15% sur la totalité des cotisations

MOYENS DE PAIEMENT

- Chèque (à l'ordre du RC Arras Water-polo)
- Espèce
- Tickets loisirs jeunes (CAF)
- Chèque sport et bien être (Actobi)
- Chèque ANCV (chèque vacances et coupon sport)

Le paiement peut être réalisé en cinq versements sur les mois d'octobre, novembre, décembre 2023 et janvier, février 2024 et encaissé après les deux séances d'essai (date limite des séances d'essai le 30/09/2023)

L'inscription est effective pour l'année complète (de début septembre à fin juin). Le remboursement de la cotisation, suite à arrêt de l'activité ne pourra se faire que dans les deux semaines suivant l'inscription. Dans ce cas, il sera déduit le montant de la licence. Passé ce délai, aucun remboursement ne sera effectué que la cotisation soit payée en une seule fois ou en plusieurs fois.

Les inscriptions sont possibles tout au long de l'année sportive.

Un abattement sur la cotisation initiale a lieu si l'inscription se fait de :

- Janvier à fin mars : -40€
- Avril à fin juin : -80€





RACING CLUB ARRAS WATER-POLO

Equipes Water-Polo
Aisance Aquatique
Apprentissage Nage
Circuit Training-/Aquatique

06 50 90 57 04



www.rcarras-waterpolo.fr

contact@rcarras-waterpolo.fr

direction@rcarras-waterpolo.fr

5 Boulevard de général De Gaulle
62000, Arras



FICHE D'INSCRIPTION DU WATER-POLO 2023/2024

☐ U20 2007 / 2008* / 2009**

☐ N3 Masculin 2007 et avant / 2008* / 2009**

☐ N1 Féminin 2007 et avant / 2008* / 2009**

*Simple surclassement **Double surclassement

INFORMATIONS CONCERNANT LE POLOÏSTE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Profession** :

** Voir la rubrique traitement des données

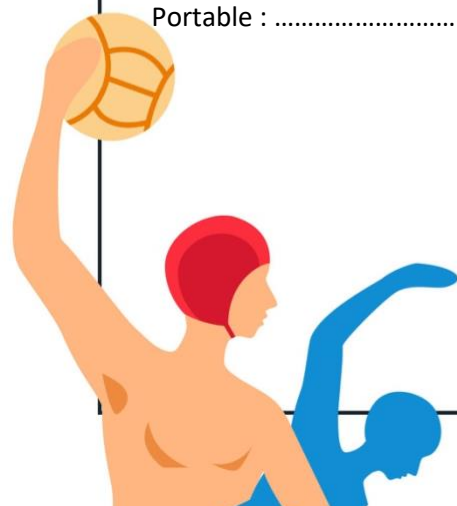
PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Monsieur / Madame :

En qualité de :

Portable :

Autre numéro :





RACING CLUB ARRAS WATER-POLO

Equipes Water-Polo
Aisance Aquatique
Apprentissage Nage
Circuit Training-/Aquatique

06 50 90 57 04



www.rcarras-waterpolo.fr

contact@rcarras-waterpolo.fr

direction@rcarras-waterpolo.fr

5 Boulevard de général De Gaulle
62000, Arras



AUTORISATION SAISON 2023 - 2024

Je soussigné(e), Monsieur / Madame.....

Autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à toutes interventions médicales, chirurgicales ou d'anesthésie que nécessiteraient mon état de santé :

Nom / Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Personne à joindre en cas d'urgence :

N° de téléphone :

DROIT À L'IMAGE

Monsieur et/ou Madame..... autorise / n'autorise pas, le club à publier mon image (*) sur le site internet et les réseaux sociaux du RC Arras Water-Polo, ou à la transmettre à la presse.

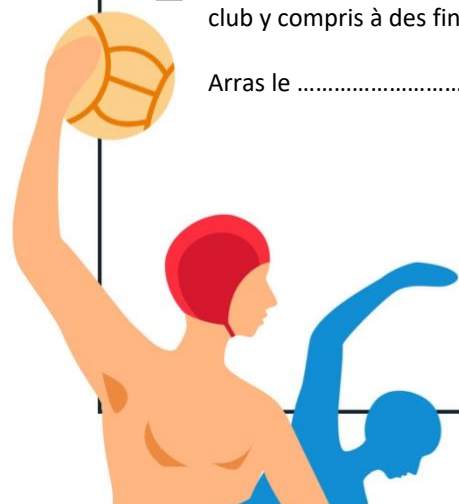
** photo individuelle uniquement, les photos de groupe et vidéos seront automatiquement publiées, sauf demande expresse écrite.*

RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU CLUB / TRAITEMENT DES DONNÉES**

- ☐ Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du RC Arras Water-Polo (consultable sur notre site internet) et je m'engage à le respecter, à observer la discipline édictée par le club, à respecter autrui (entraîneurs, dirigeants, bénévoles, camarades, parents, etc.)
- ☐ Je donne mon consentement au traitement et à la sauvegarde de mes données dans le cadre de la gestion du club y compris à des fins de démarches de parrainage/mécénat.

Arras 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 ☐ Natation artistique ☐ Plongeon ☐ Water-Polo ☐ Eau-Libre ☐ Nagez Forme Santé ☐ Nagez Forme Bien-être ☐ 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	Natation (1) ☐ Natation Artistique (1) ☐ Plongeon (1) ☐ Water-Polo ☐ Eau libre (1) ☐ Eau libre promotionnelle(2) ☐ (1) Comprenant la catégorie des maîtres (2) Ne pouvant pas participer aux championnats de France	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. 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</i> ☐ <table> <tr> <td></td> <td>Entraîneur</td> <td>Officiel</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Natation</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Président ☐</td> </tr> <tr> <td>Natation artistique</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Secrétaire Général ☐</td> </tr> <tr> <td>Plongeon</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Trésorier ☐</td> </tr> <tr> <td>Water-Polo</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Autre Dirigeant ☐</td> </tr> <tr> <td>Eau-Libre</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Bénévole ☐</td> </tr> <tr> <td>Nagez Forme Santé</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nagez Forme Bien-être</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td></td> </tr> </table>		Entraîneur	Officiel		Natation	☐	☐	Président ☐	Natation artistique	☐	☐	Secrétaire Général ☐	Plongeon	☐	☐	Trésorier ☐	Water-Polo	☐	☐	Autre Dirigeant ☐	Eau-Libre	☐	☐	Bénévole ☐	Nagez Forme Santé	☐	☐		Nagez Forme Bien-être	☐	☐	
	Entraîneur	Officiel																																
Natation	☐	☐	Président ☐																															
Natation artistique	☐	☐	Secrétaire Général ☐																															
Plongeon	☐	☐	Trésorier ☐																															
Water-Polo	☐	☐	Autre Dirigeant ☐																															
Eau-Libre	☐	☐	Bénévole ☐																															
Nagez Forme Santé	☐	☐																																
Nagez Forme Bien-être	☐	☐																																

- 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

LICENCE

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 inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	☐	☐
<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)

Rappel réglementaire :

* « Pour les personnes majeures, hormis pour la pratique de la Natation en Eau Froide/Glacée, la délivrance d'une première licence « Compétition », « Compétition estivale » ou « Eau Libre Promotionnelle » à compter de leur majorité est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an et permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique de la ou des disciplines fédérales envisagées (préciser « en compétition »). La durée d'un an s'apprécie au jour de la demande de délivrance de la licence FFN.

* Pour le renouvellement d'une licence FFN, qui s'entend comme la délivrance d'une nouvelle licence sans discontinuité dans le temps avec la précédente, la présentation d'un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication n'est pas exigée, sous réserve que le licencié renseigne un questionnaire de santé dont le contenu est précisé par la FFN. Il atteste auprès de la FFN que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, et par exception à l'alinéa précédent, il est tenu de produire un nouveau certificat médical attestant de l'absence de contre-indication pour obtenir le renouvellement de sa licence.

[...]

* Pour les personnes majeures, la délivrance des autres licences et du titre de participation n'est subordonnée ni à la présentation d'un certificat médical permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique de la ou des disciplines fédérales envisagées ni à celle d'un questionnaire de santé ».

Renouvellement de Licence - majeurs

Type de Licence	Fournir une attestation du renseignement du questionnaire de santé	Fournir un certificat médical d'absence de contre-indication
Compétition Compétition estivale Eau Libre Promotionnelle	Si réponse « NON » à toutes les questions du QS FFN – Majeurs 	NON
	Si une réponse « OUI » à une question du QS FFN - Majeurs 	OUI
Autres Licences	NON	NON

Demandes hors renouvellement - majeurs

Type de Licence	Fournir une attestation du renseignement du questionnaire de santé	Fournir un certificat médical d'absence de contre-indication
Compétition Compétition estivale Eau Libre Promotionnelle	NON	OUI *
Autres licences	NON	NON

* (N.B. : de moins de trois mois + ECG pour les compétitions de Natation en Eau Froide/Glacée)

EXAMENS MEDICAUX DE SURCLASSEMENT **WATER-POLO** A REMETTRE AU MEDECIN PRATIQUANT L'EXAMEN
A RETOURNER SOUS PLI CONFIDENTIEL AU DEPARTEMENT MEDICAL DE LA FFN

Nom :	Prénom :	Date de naissance :	Age :	Club :	Licence :		
<u>Aspect sportif :</u>	Nb d'heures d'entraînement par Jour à sec :	Dans l'eau :	Nb d'années de pratique :	Poste occupé :			
<u>Autre sport pratiqué :</u>		Nb d'heures par jour :					
Morphologie	T.A. Repos :	T.A. Couché :	T.A. Debout :				
Peau :							
Cœur :	F.C. Repos						
Poumons :	Adaptation à l'effort :						
Squelette :							
Examen Dentaire :	Puberté :	P0	P1	P2	P3	P4	P5
O.R.L. :	Poids :	Taille :	cm.				
Ophtalmologie :	Masse Grasse :						

Dates de Vaccinations :

Accord [Simple de surclassement](#)

Accord [Double de surclassement](#)

Vaccins	Dates
D.T.P	/ /20....
B.C.G.	/ /20....

Praticien :

Date & Signature & Cachet

CONCLUSION :



Dr Nyadanu Pollet Inès, MFN
 104 Rue Martre
 92 383 Clichy Cedex
 ☎ : 01 70 48 45 45
 Email : medical@ffnatation.fr

FICHE DE SURCLASSEMENT POUR LA PRATIQUE DU WATER-POLO EN COMPETITION

SIMPLE SURCLASSEMENT	DOUBLE SURCLASSEMENT
A établir soit par: - Médecin de famille - Médecin du club Je soussigné(e) Docteur:..... Certifie après avoir procédé aux examens prévus par la Réglementation en vigueur que M..... est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure le en compétition, sous toutes réserves de modifications de l'état de santé actuel. A..... Le...../...../20 <i>Signature du Médecin</i> CACHET	A établir par: - Médecin titulaire du CES de la capacité de biologie du Sport ou du DESC qu'il soit : * Médecin de famille. * Médecin Fédéral F.F.N. * Médecin d'un Centre Médico-sportif * Médecin dans un service hospitalier de Médecine du Sport. En cas d'appel transmettre le dossier au Médecin Fédéral Régional sous couvert du secret médical, ce dernier si besoin convoquera le sportif pour examen clinique et rendra une décision finale. Je soussigné(e) Docteur : Suivant les résultats des examens médicaux effectués. AUTORISE / REFUSE Le DOUBLE SURCLASSEMENT de l'intéressé(e) M..... Pour la pratique du WATER POLO. en compétition A..... Le...../...../20 <i>Signature du Médecin</i> CACHET