



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 (Mineur)

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* (*Uniquement pour les enfants nés en 2015/2013/2011/2009*)
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
WATER-POLO	240 €



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

- ☐ U09 (2015 - 2016)
- ☐ U11 (2013 - 2014 - **2015***)
- ☐ U13 (2011 - 2012 - **2013*** / 2010 Fille)
- ☐ U15 (2009 - 2010 - **2011*** / 2008 Fille)
- ☐ U17 (2007 - 2008 - **2009***)

**Simple Surclassement*

INFORMATIONS CONCERNANT LE POLOÏSTE

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N'hésitez pas à communiquer toute information utile concernant votre enfant aux éducateurs sportifs.

INFORMATIONS CONCERNANT LES PARENTS

	MÈRE	PÈRE
Nom et Prénom		
Adresse		
N° de téléphone		
Profession / Employeur**		
E-mail (Obligatoire et lisible)		

** Voir rubrique traitement des données

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



AUTORISATION SAISON 2023/2024

En cas d'urgence, les médecins obligés de pratiquer certains actes chirurgicaux, examens, anesthésies, demandent l'autorisation écrite des parents. Si celle-ci fait défaut il leur faut demander l'autorisation au juge des Enfants ou au Procureur de la République. L'attestation ci-dessous est destinée à éviter ces démarches.

Je soussigné(e), le responsable légal, Monsieur / Madame.....
autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à toutes interventions médicales, chirurgicales ou d'anesthésie que nécessiteraient l'état de santé de mon enfant :

Nom / Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Personne à joindre en cas d'urgence :

N° de téléphone :

DROIT À L'IMAGE

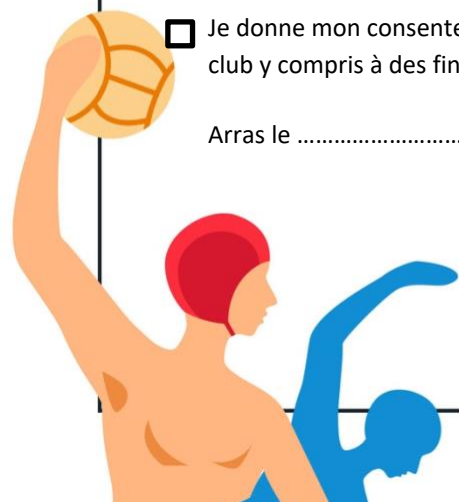
Monsieur et/ou Madame..... père / mère / tuteur
de l'enfant..... autorise / n'autorise pas,
le club à publier la photo * de mon enfant sur le site internet, les réseaux sociaux du club ou à la transmettre à la presse.

** Photo individuelle uniquement, les photos et les vidéos de groupe 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 des parents Signature de l'adhérent (mineur)



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	COMPETITION	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) Comprisant 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. À 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>Natation</td> <td>Entraîneur ☐</td> <td>Officiel ☐</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>	Natation	Entraîneur ☐	Officiel ☐	Président ☐	Natation artistique	☐	☐	Secrétaire Général..... ☐	Plongeon	☐	☐	Trésorier..... ☐	Water-Polo	☐	☐	Autre Dirigeant..... ☐	Eau-Libre	☐	☐	Bénévole..... ☐	Nagez Forme Santé	☐	☐		Nagez Forme Bien-être	☐	☐	
Natation	Entraîneur ☐	Officiel ☐	Président ☐																											
Natation artistique	☐	☐	Secrétaire Général..... ☐																											
Plongeon	☐	☐	Trésorier..... ☐																											
Water-Polo	☐	☐	Autre Dirigeant..... ☐																											
Eau-Libre	☐	☐	Bénévole..... ☐																											
Nagez Forme Santé	☐	☐																												
Nagez Forme Bien-être	☐	☐																												
OPERATION MINISTERIELLE J'apprends à nager / Aisance aquatique ☐																														

Le soussigné atteste sur l'honneur avoir répondu, conjointement avec le mineur concerné, **NON** à toutes les questions du QS Sport - Mineurs dont le contenu est précisé à l'Annexe II-23 (art A231-3) du code du sport (cocher la case) ☐

Lorsqu'une réponse au QS Sport - Mineurs est un **OUI**, un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport de moins de six mois est exigé.

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)
- ☐ Reconnaît 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

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 : 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.

Fait à

Le

CLUB

LICENCE

ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3) DU CODE DU SPORT

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

*Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par **OUI** ou par **NON**, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.*

Tu es une fille ☐ un garçon ☐

Ton âge : ans

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE	OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	☐	☐
As-tu été opéré (e) ?	☐	☐
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	☐	☐
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	☐	☐
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	☐	☐
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	☐	☐
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	☐	☐
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	☐	☐
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	☐	☐
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	☐	☐
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	☐	☐
DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	☐	☐
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	☐	☐

ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3) DU CODE DU SPORT

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE	OUI	NON
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	☐	☐
Te sens-tu triste ou inquiet ?	☐	☐
Pleures-tu plus souvent ?	☐	☐
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	☐	☐

AUJOURD'HUI	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	☐	☐
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	☐	☐
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	☐	☐

QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	☐	☐
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	☐	☐
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	☐	☐

Si tu as répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A TOUTES LES QUESTIONS DU QS SPORT MINEURS

(à remplir par les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur)

Je soussigné(e) :exerçant l'autorité parentale sur [Nom - Prénom]

N° de licence :

Nom du Club :

Demeurant :

.....

..... [Adresse complète]

Atteste sur l'honneur :

- Que toutes les questions du QS Sport Mineurs, dont le contenu est précisé à l'Annexe II-23 (A.231-3) du code du sport donnent lieu à une réponse négative.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à [Ville] le [date]

Signature de la personne
exerçant l'autorité parentale

Rappel réglementaire :

* « Pour les personnes mineures, à l'exception de la Licence « Encadrement » (abstraction faite des arbitres de Water-Polo), l'obtention ou le renouvellement d'une licence est subordonné à l'attestation du renseignement d'un questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur, réalisé conjointement par le mineur et par les personnes exerçant l'autorité parentale.

* Lorsqu'une réponse au questionnaire de santé conduit à un examen médical, l'obtention ou le renouvellement de licence nécessite la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive de moins de six mois ».

Type de Licence	Fournir une attestation du renseignement du questionnaire de santé	Fournir un certificat médical d'absence de contre-indication
Encadrement (hormis arbitre de water-polo)	NON	NON
Autres licences (et Encadrement – Arbitre de Water-Polo)	Si réponse « NON » à toutes les questions du QS Sports – Mineurs 	NON
	Si une réponse « OUI » à une question du QS Sports - Mineurs 	OUI

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
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