



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 2024-2025

POLO FITNESS

CONSTITUTION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

- La fiche d'inscription
- Les autorisations signées
- Formulaire licence FFN majeurs
- Questionnaire Santé Majeurs
- Le règlement selon la formule choisie
- Le règlement d'adhésion/assurance de 20€

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

- Lors des journées d'inscription à la salle Ansart (Complexe Sportif Grimaldi)
- Lors des permanences à la piscine Elie Desbin

TARIFS

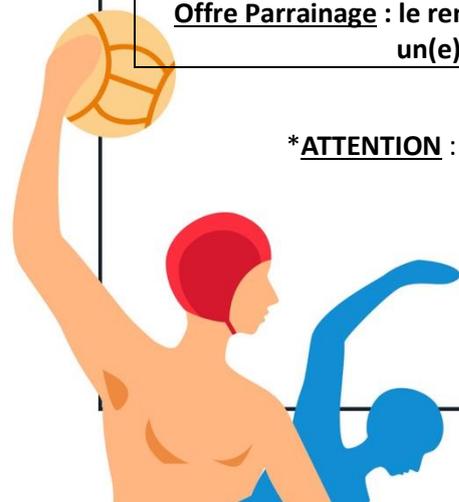
L'adhésion annuelle/assurance est enregistrée informatiquement auprès de la FFN au nom de l'adhérent.
Cette licence est obligatoire pour prendre part à toute activité.

ABONNEMENT ANNUEL	CARTE DECOUVERTE	SEANCE A L'UNITE
Formule Annuelle 260€/an <i>Accès illimité aux séances d'Aqua Circuit Training – Aqua Fitness – Aqua Bike</i>	80€ la carte 10 séances <i>Soit 8€ la séance d'Aqua Circuit Training – Aqua Fitness – Aqua Bike</i>	10€ la séance <i>Soit 10€ la séance d'Aqua Circuit Training – Aqua Fitness – Aqua Bike</i>

Obligatoire : adhésion/assurance : 20€ pour l'année sportive (de septembre 2024 à juin 2025) quelle que soit la formule choisie.

Offre Parrainage : le renouvellement de votre licence de 20€ peut vous être offert si vous parrainez un(e) ami(e) qui ne soit pas déjà membre de notre association.

***ATTENTION :** Toute séance doit être annulée au moins 24h avant, sous peine d'être due.





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



MODALITES DE PAIEMENT

Le paiement peut être réalisé par :

- Chèque(s) (possible en 3 fois à l'ordre du *RC Arras Water-polo*)
- Espèces
- Chèques ANCV (chèques vacances et coupons sport)

L'inscription est effective pour l'année complète (de début septembre à fin juin).

!!! IMPORTANT : Aucun remboursement ne sera effectué après l'inscription !!!

Le paiement peut être réalisé en cinq versements sur les mois d'octobre, novembre, décembre 2024 et janvier, février 2025 et encaissés après les deux séances d'essai (date limite des séances d'essai le 30/09/2024).

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

Un abattement sur la cotisation annuel de 26€/mois écoulés + le prix de l'adhésion/assurance de 20€.

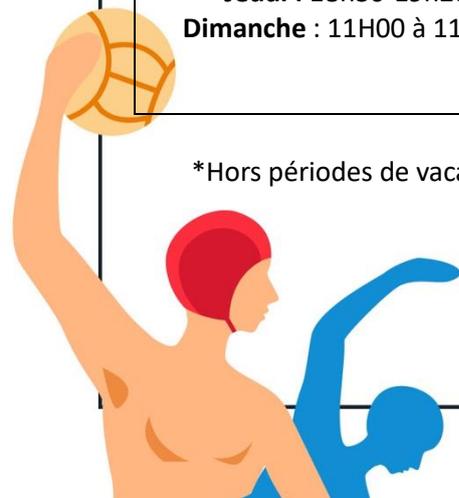
PLANNING HEBDOMADAIRE DES SEANCES*

Pensez à réserver vos séances via notre site internet (nombre de places limitées).

AQUA CIRCUIT TRAINING	AQUA FITNESS	AQUA BIKE
Mercredi : 18H00 à 18H50 Jeudi : 18h30-19h20 Dimanche : 11H00 à 11H50	Lundi : 18h30-19h20 Mardi & Jeudi : 19h30-20h20	Lundi : 19h30-20h00 Mercredi : 19H00 à 19H30 & 19H35 à 20H05

*Hors périodes de vacances scolaires

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



FICHE D'INSCRIPTION POLO FITNESS 2024-2025

INFORMATIONS CONCERNANT L'ADHERENT(E)

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ___ / ___ / _____

N° de téléphone : ___ / ___ / ___ / ___ / ___

E-mail :@.....

Adresse :

Profession** : Employeur**

Parrain de :

Parrainé(e) par :

** Voir rubrique traitement des données

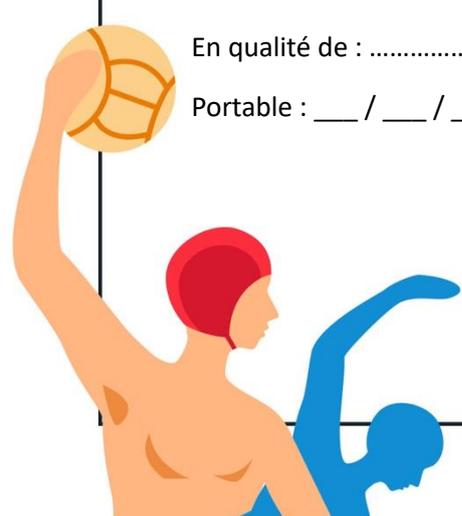
PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

M. ou Mme :

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 MEDICALE SAISON 2024-2025

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

Nom - Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

N° de sécurité sociale :

Personne à joindre en cas d'urgence :

N° de téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

DROIT A L'IMAGE

Monsieur / Madame.....

- autorise
- n'autorise pas

le club à publier mon image(*) sur le site internet, les réseaux sociaux du RC Arras Water-Polo, ou à la transmettre à la presse.

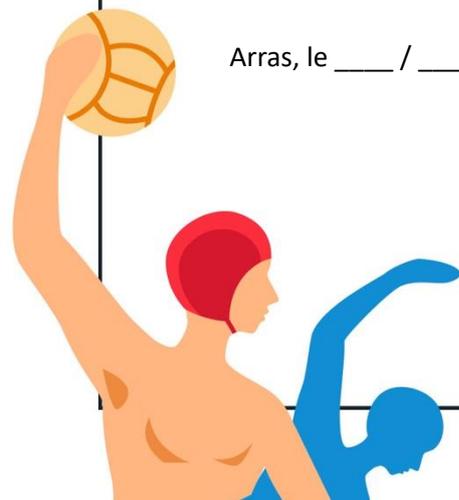
(*photo individuelle uniquement, les photos de groupe et vidéo seront automatiquement publiées, sauf demande expresse écrite).

REGLEMENT INTERIEUR DU CLUB / TRAITEMENT DES DONNEES

- Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du RC Arras Water-Polo et je m'engage à le respecter, à observer la discipline édictée par le club, à respecter autrui (entraîneurs, dirigeants, bénévoles, camarades et parents...).
- 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 <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"/>	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"/> <small>(1) Comprenant la catégorie des maîtres (2) Ne pouvant pas participer aux championnats de France</small>	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 susceptibles 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.</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"/>																																
		<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="color: white;">Entraîneur</th> <th style="color: white;">Officiel</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Natation <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Président <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Natation artistique <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Secrétaire Général <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Plongeon <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Trésorier <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Water-Polo <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Autre Dirigeant <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eau-Libre <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Bénévole <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nagez Forme Santé <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nagez Forme Bien-être <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Entraîneur	Officiel		Natation <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Président <input type="checkbox"/>	Natation artistique <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secrétaire Général <input type="checkbox"/>	Plongeon <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trésorier <input type="checkbox"/>	Water-Polo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre Dirigeant <input type="checkbox"/>	Eau-Libre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bénévole <input type="checkbox"/>	Nagez Forme Santé <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Nagez Forme Bien-être <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Entraîneur	Officiel																																
Natation <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Président <input type="checkbox"/>																															
Natation artistique <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secrétaire Général <input type="checkbox"/>																															
Plongeon <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trésorier <input type="checkbox"/>																															
Water-Polo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre Dirigeant <input type="checkbox"/>																															
Eau-Libre <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bénévole <input type="checkbox"/>																															
Nagez Forme Santé <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Nagez Forme Bien-être <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	

Le soussigné atteste sur l'honneur, avoir répondu NON à toutes les questions du **QS - FFN Majeurs** dont le contenu est précisé en page 5
 Lorsqu'une réponse au QS - Majeurs est un **OUI**, un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport de moins de six mois est exigé..

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 : 0,15 € 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

CLUB

LICENCIÉ



Notice individuelle dommages corporels à l'attention des licenciés de la Fédération française de natation - FFN

Période 2024/2025

La Fédération française de natation attire l'attention de ses licenciés sur l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut les exposer.

Les dommages corporels dont vous pouvez être victime à l'occasion des activités mises en place par la FFN et ses associations sportives affiliées sont pris en charge dans le cadre du contrat souscrit auprès de MAIF par la FFN (n° de sociétaire 4730780 H).

Garantie Indemnisation des dommages corporels¹

Votre licence sportive FFN intègre l'assurance indemnisation des dommages corporels de base facultative².

CHAMP D'APPLICATION

La pratique des activités sportives dans le cadre des activités mises en place par la FFN et les associations sportives affiliées à la Fédération française de natation.

TERRITORIALITÉ

Les garanties sont acquises dans le monde entier.

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties :

- Les dommages résultant de la faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré, ou de sa participation active à un acte illicite constituant un crime ou un délit intentionnel ;
- Les conséquences pouvant résulter de soins reçus, traitements suivis ou d'interventions chirurgicales non consécutifs à un accident corporel garanti ;
- Les affections ou lésions de toute nature qui ne sont pas la conséquence de l'événement accidentel déclaré ou qui sont imputables à une maladie connue ou inconnue du bénéficiaire des garanties.

Sont notamment réputées relever d'une maladie, les lésions internes suivantes :

- Les affections musculaires, articulaires, tendineuses et discales, telles que pathologies vertébrales, ruptures musculaires et tendineuses ;
- Les affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales ;
- Les affections virales, microbiennes et parasitaires.

Lorsqu'ils ne sont pas consécutifs à un état antérieur connu ou inconnu du bénéficiaire des garanties, demeurent toutefois couverts les ruptures tendineuses survenues à l'occasion des activités sportives, ainsi que les malaises cardiaques ou vasculaires cérébraux survenus au cours de cette activité ou pendant la phase de récupération.

Option I. A. Sport+¹

Si vous le souhaitez, vous pouvez souscrire une option complémentaire, I. A. Sport+, qui se substituera à la garantie de base de la licence et vous permettra de bénéficier de capitaux plus élevés et de prestations supplémentaires.

Si l'option complémentaire I. A. Sport+ offre des niveaux de garanties supérieurs aux garanties de base, elle ne permet pas, dans tous les cas, d'obtenir la réparation intégrale du préjudice. Le licencié est invité à se rapprocher de son conseil en assurance qui pourra lui proposer des garanties adaptées à sa situation personnelle.

1 - Le contenu des garanties figure au verso du présent document

2 - Cette garantie est facultative et le licencié peut y renoncer (voir encadré au verso du présent document)

MAIF
Société d'assurance mutuelle à cotisations variables Entreprise régie par le Code des assurances
CS 90000 - 79038 Niort cedex 9

Fédération française de natation
104 rue Martre
92110 Clichy

Si vous souscrivez la garantie I. A. Sport+, vous devez adresser le bordereau détachable complété à la MAIF, accompagné de votre chèque de règlement (MAIF - Associations Collectivités Entreprises Centre de gestion multirisque - 200 avenue Salvador Allende - 79000 Niort).

La cotisation complémentaire d'assurance d'un montant de **15,28 € pour la période 2024/2025**, devra être réglée par chèque à l'ordre de MAIF en inscrivant au verso du chèque le numéro de sociétaire 4730780 H.

Garantie indemnisation des dommages corporels

Contenu	Plafonds IDC de base	Plafonds option I. A. Sport+
• Prise en charge de l'accès à des services d'aide à la personne (assistance à domicile : aide ménagère, garde d'enfants, conduite à l'école, déplacement d'un proche au chevet, garde des animaux) après une journée d'hospitalisation ou 5 jours d'immobilisation	700 € dans la limite de 3 semaines	1 500 € dans la limite d'un mois
• Remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques et de transport, restés à charge après intervention des organismes sociaux.....	1 400 €	3 000 €
– dont frais de lunetterie.....	80 €	300 €
– dont frais de rattrapage scolaire exposés après 15 jours consécutifs d'interruption de la scolarité.....	16 €/jour dans la limite de 310 €	2 h/jour d'absence scolaire dans la limite de 7 500 € + orientation
• Prise en charge du forfait de location de télévision à partir de 2 jours d'hospitalisation	Non couvert	10 €/jour dans la limite de 365 jours
• Remboursement des pertes justifiées de revenus des personnes actives pour la période d'incapacité de travail résultant de l'accident.....	16 €/jour dans la limite de 3 100 €	30 €/jour dans la limite de 6 000 €
• Versement d'un capital proportionnel au taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique subsistant après consolidation :		
– jusqu'à 9 %.....	6 100 € x taux	30 000 € x taux
– de 10 à 19 %.....	7 700 € x taux	60 000 € x taux
– de 20 à 34 %.....	13 000 € x taux	90 000 € x taux
– de 35 à 49 %.....	16 000 € x taux	120 000 € x taux
– de 50 à 100 % :		
– sans tierce personne :.....	23 000 € x taux	150 000 € x taux
– avec tierce personne :.....	46 000 € x taux	300 000 € x taux
• Versement d'un capital aux ayants droit en cas de décès :		
– capital de base.....	3 100 €	30 000 €
– augmenté de :		
– pour le conjoint survivant.....	3 900 €	30 000 €
– par enfant à charge.....	3 100 €	15 000 €
• Prise en charge des frais de recherche et de sauvetage des vies humaines.....	frais engagés dans la limite de 7 700 € par victime	frais engagés dans la limite de 7 700 € par victime

RENONCIATION À L'ASSURANCE INDEMNISATION DES DOMMAGES CORPORELS DE BASE

Le coût de l'assurance indemnisation des dommages corporels de base de la licence est de 0,15€ TTC. Conformément à la loi, cette garantie est facultative et le licencié peut refuser d'y souscrire.

En cas de renonciation à l'assurance, le licencié ne bénéficiera d'AUCUNE indemnité au titre des dommages corporels dont il pourrait être victime à l'occasion des activités mises en place par la FFN et ses associations sportives affiliées.



Je soussigné(e) (nom, prénom) _____

Date de naissance

Adresse

atteste avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance ainsi que de la possibilité de souscrire une garantie complémentaire I. A. Sport+. Je souhaite souscrire la garantie I. A. Sport+ qui se substituera, en cas d'accident corporel, à la garantie de base de la licence. Je joins un chèque de **15,28 €** pour la saison 2024/2025, libellé à l'ordre de MAIF avec inscrit au dos le numéro de sociétaire 4730780 H. J'ai bien noté que la garantie I. A. Sport+ serait acquise à compter de la date de souscription (date de réception du bordereau par FFN) jusqu'à la fin de période de validité de ma licence.

Les données à caractère personnel recueillies par ce document sont obligatoires pour permettre à MAIF la prise en compte et le suivi de votre demande. Elles font l'objet de traitements ayant pour finalités la réalisation des opérations précontractuelles, la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats. Au titre de l'intérêt légitime, vos données à caractère personnel, celles relatives aux opérations de pré souscription, à la gestion des sinistres et des contrats peuvent faire l'objet de traitements pour le suivi et l'amélioration de la relation commerciale, la réalisation de statistiques par MAIF et ses filiales, ainsi que dans le cadre des dispositifs de lutte contre la fraude et en application de la législation dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme. La lutte contre la fraude à l'assurance peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression de vos données à caractère personnel, ainsi que de la possibilité de définir des directives particulières relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ces données après décès. Vous pouvez exercer ces droits à tout moment auprès du responsable de la protection des données personnelles, MAIF, CS 90000, 79038 Niort cedex 9 ou vosdonnees@maiff. Les données sont conservées conformément à la durée nécessaire aux finalités mentionnées et pour les durées de prescriptions éventuellement applicables.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte des circonstances du risque connues de l'assuré, entraîne, selon le cas les sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances.

Fait à..... Le

Signature
(pour les mineurs, signature des parents ou du représentant légal)

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

Type de Licence	Fournir une attestation du renseignement du questionnaire de santé	Fournir un certificat médical d'absence de contre-indication
Toutes les licences - Compétition - Natation pour tous - Encadrement - Eau libre promotionnelle	Si réponse « NON » à toutes les questions du QS Sports – Majeurs 	NON
	Si une réponse « OUI » à une question du QS Sports - Majeurs 	OUI
Compétitions en eau Froide / glacé	Fournir un certificat médical de moins de 6 mois + ECG	

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]

Nom du Club :

Demeurant :

.....

..... [Adresse complète]

Atteste sur l'honneur :

- 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)