

RACING CLUB ARRAS WATER-POLO

EQUIPES WATER-POLO
AISANCE AQUATIQUE
APPRENTISSAGE NAGE
POLO FITNESS
BNSSA / SAUVETAGE



06.59.22.41.15
www.rcarras-waterpolo.fr
contact@rcarras-waterpolo.fr
direction@rcarras-waterpolo.fr
5 boulevard de Général De Gaulle
62000, ARRAS

BULLETIN D'INSCRIPTION 2026- 2027

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 35€

Les inscriptions ne seront validées qu'après réception du dossier complet, il est possible de nous le transmettre par mail : contact@rcarras-waterpolo.fr

LES 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 DÉCOUVERTE	SÉANCE À L'UNITÉ
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>
<u>Obligatoire</u> : adhésion/assurance : 35€ pour l'année sportive (de septembre 2026 à juin 2027) quelle que soit la formule choisie.		
<u>Offre Parrainage</u> : le renouvellement de votre licence de 35€ 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
POLO FITNESS
BNSSA / SAUVETAGE



06.59.22.41.15
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)
- Hello Asso

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 2026 et janvier, février 2027 et encaissés après les deux séances d'essai (date limite des séances d'essai le 30/09/2026).

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 35€.

PLANNING HEBDOMADAIRE

Il est indispensable de réserver vos séances via le site du club :

My RezApp (*nombre de places limitées*).

AQUA CIRCUIT TRAINING	AQUA FITNESS	AQUA BIKE
Mercredi : 18H40 à 19H30 Jeudi : 19H00-19h50 Dimanche : 11H00 à 11H50	Lundi : 18H30-19H15 Mercredi : 19H40 à 20H10 Jeudi : 18H00-18H45	Lundi: 19H30-20H00 Mercredi: 18H00 à 18H30 Jeudi : 20H00 à 20H30

*Hors périodes de vacances scolaires

Tout dossier incomplet ou paiement non effectué avant la date du 15/10/2016 entrainera une interdiction d'accéder aux bassins.

RACING CLUB ARRAS WATER-POLO

EQUIPES WATER-POLO
AISANCE AQUATIQUE
APPRENTISSAGE NAGE
POLO FITNESS
BNSSA / SAUVETAGE



06.59.22.41.15
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 2026-2027

INFORMATIONS CONCERNANT L'ADHERENT(E)

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

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

Email :@.....

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
POLO FITNESS
BNSSA / SAUVETAGE



06.59.22.41.15
www.rcarras-waterpolo.fr
contact@rcarras-waterpolo.fr
direction@rcarras-waterpolo.fr
5 boulevard de Général De Gaulle
62000, ARRAS

AUTORISATION MEDICALE SAISON 2026 - 2027

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 À 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).*

☐ autorise

☐ n'autorise pas,

le club à publier mon image (*) sur le groupe Whats'app du club ouvert uniquement aux adhérents du Club.

*(*photo individuelle uniquement, les photos 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 de l'adhérent

RACING CLUB ARRAS WATER-POLO

EQUIPES WATER-POLO
AISANCE AQUATIQUE
APPRENTISSAGE NAGE
POLO FITNESS
BNSSA / SAUVETAGE



06.59.22.41.15
www.rcarras-waterpolo.fr
contact@rcarras-waterpolo.fr
direction@rcarras-waterpolo.fr
5 boulevard de Général De Gaulle
62000 ARRAS

PLANNING POLO FITNESS 2026 - 2027*

Ce planning est valable uniquement pour la saison sportive 2026– 2027 - hors vacances scolaires

ACTIVITÉS	<u>AQUA CIRCUIT TRAINING - 50'</u> 	<u>AQUA FITNESS – 45'</u> 	<u>AQUA BIKE – 30'</u> 
LUNDI		18h30 – 19h15	19h30 – 20h00
MERCREDI	18h40 – 19h30	*19h40 – 20h10 (Aqua Cardio 30')	18h00 – 18h30
JEUDI	19h00 – 19h50	18h00 – 18h45	20h00 – 20h30
DIMANCHE	11h00 – 11h50		

Pour toute information complémentaire, veuillez-nous contacter via notre adresse mail : contact@rcarras-waterpolo.fr

* Sous réserve de modifications

Les places étant limitées, il est indispensable de réserver vos séances via le site du club : My RezApp !

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 ☐	Natation (1) ☐ Natation Artistique (1) ☐ Plongeon (1) ☐ Water-Polo ☐ Eau libre (1) ☐ Eau libre promotionnelle(2) ☐ (1) Comportant 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.</i> J'ai compris, j'accepte ce contrôle et je m'engage à remplir le formulaire spécifique d'honorabilité situé en page 4 ☐ <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Entraîneur</th> <th>Officiel</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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	☐																																	

Je pratique l'eau froide / glacée ☐

☐ 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.

NB: La pratique de la Natation en Eau Glacée, peut présenter des risques pour la santé du licencié. La délivrance d'une licence est subordonnée :

- à la présentation d'un certificat médical datant de moins de six mois attestant d'un examen médical spécifique à la discipline par un cardiologue incluant un électrocardiogramme (ECG) datant de moins de six mois également. Ces éléments doivent donc être recueillis par le club et seront à présenter par le licencié en compétition.

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. (juridique@ffnatation.fr)

Garantie complémentaire

- ☐ **OUI**, je souhaite souscrire une option complémentaire. Dans ce cas, remplir le formulaire de souscription disponible ci-après 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

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

SUIVEZ NOUS SUR     [ffnatation.fr](https://www.ffnatation.fr)

Signature du licencié
(ou de son responsable légal s'il s'agit d'un majeur protégé)