

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

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 2011/2013/2015/2017*)
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, il est possible de nous le transmettre par mail : contact@rcarras-waterpolo.fr

LES TARIFS

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	255 €
CATEGORIE WATER-POLO AVEC SECTION COLLEGE /LYCEE	200 €

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

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 l'abonnement le moins cher.
- 4 membres et plus : -15% sur l'abonnement le moins cher

MODALITES DE PAIEMENT

- Chèque (à l'ordre du RC Arras Water-Polo)
- Espèces
- Tickets loisirs jeunes (CAF)
- Chèque ANCV (chèque vacances et coupon sport)
- Hello Asso

Le paiement peut être réalisé en cinq versements sur les mois d'octobre, novembre, décembre 2026 & janvier, février 2027 et encaissé après les deux séances d'essai (date limite des séances d'essai le 30/09/2026).

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.

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

- ☐ École Water-Polo U08/U10 (2017-2018-2019)
- ☐ École Water-Polo U12 (2015 – 2016– **2017***)
- ☐ U14 (2013 - 2014 - **2015*** / **2012 Fille**)
- ☐ U16 (2011 - 2012 - **2013*** / **2010 Fille**)
- ☐ U18 (2009 – 2010 – **2011***)

***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

	RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
Nom et Prénom		
Adresse		
N° de téléphone	____ / ____ / ____ / ____ / ____	____ / ____ / ____ / ____ / ____
Profession / Employeur**		
E-mail (Obligatoire et lisible)		

** Voir rubrique traitement des données

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

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, M. / Mme..... autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à toutes interventions médicales, chirurgicales ou d'anesthésie que nécessiterait 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.

☐ autorise

☐ n'autorise pas,

le club à publier la photo (*) de mon enfant 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 et celles de mon/mes enfants(s) dans le cadre de la gestion du club y compris à des fins de démarches de parrainage/mécénat.

Arras, le ____ / ____ / ____ Signature des responsables
(mineurs)

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 WATER-POLO 2026 - 2027*

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

GROUPES	Ecole WP U8/U10 (2017/2018/2019)	Ecole WP U12 (2015/2016/2017*)	U14 (2013/2014/2015*) & 2012 Fille	U16 (2011/2012/2013*) & 2010 Fille	U18 (2009/2010/2011*)	N2M	N1F	WP Adulte Loisir
JOURS								
Lundi	17h30 - 18h30	17h30 - 18h45	18h00 - 19h30	18h00 - 19h30	19h30 - 21h30	19h30 - 21h30	19h30 - 21h30	
Mardi				18h00 - 19h30	19h30 - 20h30	19h30 - 20h30		
Mercredi	17h30 - 18h45	18h00 - 19h30	18h00 - 19h30	18h00 - 19h30	19h30 - 21h30	19h30 - 21h30	19h30 - 21h30	
Jeudi		17h30 - 18h45	18h00 - 19h30	18h00 - 19h30	19h30 - 21h00	19h30 - 21h00	19h30 - 21h00	20h30-21h30
Vendredi				19h30 - 20h30	19h30 - 20h30	19h30 - 20h30	19h30 - 20h30	
Samedi	10h30 - 12h00	10h30 - 12h00	10h30 - 12h00		12h00 - 14h00	12h00 - 14h00	12h00 - 14h00	

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

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 WATER-POLO 2026 - 2027*

Ce planning est valable uniquement pour la saison sportive 2026 – 2027, hors vacances scolaires			
GROUPES	SECTION SPORTIVE Collège Marie Curie / Lycée Guy Mollet		
JOURS	GROUPE COLLÈGE MARIE CURIE	GROUPE LYCÉE GUY MOLLET	GROUPE LOISIR COLLÈGE MARIE CURIE
Lundi	08h00 – 10h00	16h00 – 17h30	08h00 – 10h00
Mercredi	13h00 – 14h30		
Pour toute information complémentaire veuillez-nous contacter via notre adresse mail : contact@rcarras-waterpolo.fr			

*Sous réserve de modifications

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) 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.</i> <i>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	☐																																	
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 : 0,15 € 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

SIGNATURE

LICENCE



Notice individuelle dommages corporels à l'attention des adhérents de la FFN

saison sportive 2026/2027

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 dscales, 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 et identifiée
sous le numéro Siren 775 709 702
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 20,07€ pour la période 2026/2027, 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.

4 730 780 H Bordereau à adresser à MAIF - Associations Collectivités Entreprises - Centre de gestion multirisque - 200 avenue Salvador Allende - 79000 Niort

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 20,07 € pour la saison 2026/2027, 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 prescription, 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 les 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@maif.fr. 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)

La licence que je sollicite me permet d'accéder aux 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 et/ou aux fonctions d'arbitre au sens de l'article L.223-1 du code du sport.

A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la fédération 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.

Dans l'hypothèse où le contrôle mettrait en évidence une condamnation incompatible avec les fonctions exercées, une notification me sera adressée, ainsi qu'à la fédération et au club au sein duquel j'exerce comme éducateur ou exploitant ou arbitre. Je serai alors dans l'obligation de quitter mes fonctions. A défaut, une sanction pénale pourra être prononcée en application des articles L. 212-10 et L. 322-4 du code du sport.

J'ai compris l'objet de ce contrôle ☐

Licencié

Nom de naissance : Prénom de naissance :

Nom d'usage : Prénom d'usage :

☐ Vous êtes né(e) en France

Département de naissance : [][][]

Commune de naissance : |

Arrondissement
(si besoin)

☐ Vous êtes né(e) à l'étranger

Pays de naissance : Commune de naissance :

Nom de la mère * : Prénom de la mère* :

Nom du père* : Prénom du père* :

* données facultatives, elles vous seront potentiellement demandées en cas de retour AIA (Aucune Identité Applicable), c'est-à-dire si l'identité transmise n'est pas identique à celle qui figure au Répertoire National de l'Identité des Personnes Physiques (RNIPP) et qu'il n'est pas possible d'opérer un croisement avec le FIJAIS.

SIGNATURE

Fait à

Le

LICENCIE

(le représentant légal pour les majeurs protégés)

SUIVEZ NOUS SUR     ffnatation.fr

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 ?	☐	☐

SUIVEZ NOUS SUR     ffnatation.fr

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.

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 – Mineurs 	NON
	Si une réponse « OUI » à une question du QS Sports - Mineurs 	OUI

ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A TOUTES LES QUESTIONS DU QS - FFN MINEURS

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

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 Mineurs.
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 de la personne
exerçant l'autorité parentale