INSCRIPTION MPN - ADULTES

En application des art.39 et suivants de la loi« informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'information, d'accès, de rectification et de mise à jour des données vous concernant conservées par informatique. Si vous souhaitez exercer ce droit, obtenir la communication des informations vous concernant, ou avez des questions, veuillez vous adresser au délégué à la protection des données de l'association MPN au lempn@neuf.fr:

☐ J'ai pris connaissance de la notice d'information concernant la gestion des données personnelles au sein de l'association MPN.

☐ J'ai pris connaissance du règlement intérieur, je l'accepte et m'engage à le respecter

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas la prise de mon image et sa diffusion selon l'extrait du règlement intérieur joint

☐ NON, je ne désire pas bénéficier de la garantie complémentaire (capitaux) AXA Assurances

Fait le ……, à ……

Signature :

date du certificat médical si 1 NON au QS Sport (moins de 3 mois) :

Réservé à l'administration

Groupe : **Bassin :** **Jour :** **heure :**

Montant total : **☐ Dossier familial**

Si oui : ☐ Dossier Principal ou Nom du dossier Ppal :

	Espèces	Chèque	TPE	CB	PassS	CoupDP	ANCV	CpS
montant								
Nb de versement								
DATE du 1er encaissement :								

FFNATATION

Formulaire Licence FFN - Majeurs

Type : ☐ Nouvelle licence ☐ Renouvellement ☐ Transfert - Nom du club : ……

J'ai déjà un IUF (Identifiant Unique Fédéral) : ……

INFORMATIONS PERSONNELLES DU LICENCIE

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-maillings d'information dela FFN, Ligue, Comité et les E-maillings d'offres promotionnelles de la FFN et de ses partenaires ☐ OUI ☐ NON

TYPE DE LICENCE

NATATION POUR TOUS

- Natation ☒
- Natation artistique ☐
- Plongeon ☐
- Water-Polo ☐
- Eau-Libre ☐
- Nagez Forme Santé ☐
- Nagez Forme Bien-être ☐

Pour participer à la tournée «AQUA CHALLENGE» et aux compétions 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***

COMPETITION

- Natation (1) ☐
- Natation Artistique (1) ☐
- Plongeon (1) ☐
- Water-Polo ☐
- Eau libre (1) ☐
- Eau libre Synchronnelle(2) ☐

(1) Concernant la catégorie des maîtres
(2) Ne peut pas participer aux championnats de France

ENCADREMENT

Contrôle d'honorabilité obligatoire

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 ma moralité 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 ☐

	Entraineur	
Natation	☐	☐
Natation artistique	☐	☐
Plongeon	☐	☐
Water-Polo	☐	☐
Eau-Libre	☐	☐
Nagez Forme Santé	☐	
Nagez Forme Bien-être	☐	

- Président ☐
- Secrétaire Général ☐
- Trésorier ☐
- Autre Dirigeant ☐
- Bénévole ☐

- 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

LICENCIE

1er exemplaire au club
2ème exemplaire au licencié

(le représentant légal pour les majeurs protégés)