INSCRIPTION MPN - SECTEUR COMPETITION

QS *Sport Mineurs :* *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) :……(dont l'adresse de domicile et les coordonnées figurent ci-contre), exerçant l'autorité parentale sur……, Atteste sur l'honneur, que toutes les questions du QS Sport Mineurs, dont le contenu est joint et 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 :

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'ai rempli et je joins l'autorisation parentale de transport

☐ J'ai rempli et je joins l'autorisation parentale d'intervention médicale en cas d'urgence et la fiche médicale

☐ J'autorise ☐ Je n'autorise pas la prise d'image de mon enfant 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 :

Montant total : **☐ Dossier familial**

☐ 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 - Mineurs

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 promotionnelle(2) ☐

(1) Comprenant la catégorie des maîtres
(2) Ne pouvant 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 ousuis 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

J'ai compris, j'accepte ce contrôle et je m'engage à remplir le formulaire spécifique d'honorabilité situé en page 3 ☐

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

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

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)

☐ Reconnais 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.

SIGNATURE

Fait à ……

Le ……

CLUB

LICENCIE

1er exemplaire au club
2ème exemplaire au licencié

(Personne investie de l'autorité parentale)