
 <b>ERMONT NATATION ARTISTIQUE</b>  <a href="https://ermontnatationartistique.fr">https://ermontnatationartistique.fr</a> TEL : 06 99 05 93 98 Mail : info.ermontna@gmail.com	<input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Nouvelle licence  <b>FICHE D'INSCRIPTION</b> <b>Saison 2024-2025</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p style="margin: 0;"><b>Votre Photo ici</b></p> </div>	  Licence <input type="checkbox"/> Certificat médical Ou Question. Santé <input type="checkbox"/>  Cotisation <input type="checkbox"/>
--	--	---

<b>Coordonnées de l'adhérent MAJEUR</b>			
Nom Nageuse (r)		Prénom	
Adresse			
Code Postal		Ville	
Date de naissance		Lieu de naissance :	Nationalité :
Tel Nageuse (r)		E-mail :	
<b>Coordonnées contact d'urgence</b>			
Nom			
Prénom			
Téléphone		E-mail :	

**DOSSIER D'INSCRIPTION :** Fiche d'inscription et fiche licence FFN

- Pour les majeurs, en renouvellement de licence sans discontinu, le certificat médical n'est plus obligatoire sous réserve du questionnaire de santé complété avec toutes les réponses négatives, sinon un certificat médical d'aptitude à la natation artistique y compris en compétition sera exigé.
- Nouvelle inscription : Nous donnons 3 entrainements aux nageurs (ses) et entraîneur pour décider de la continuité ou non au sein du club, le dossier d'inscription devra être remis lors du 1<sup>er</sup> entrainement d'essai.
- Le dossier complet signé par la nageuse et les parents et la cotisation sont à rapporter au plus tard lors de la 1<sup>ere</sup> semaine de reprise.

**COTISATION :** \_\_\_\_\_ € comprend les heures d'entrainement hors vacances scolaires, la licence & assurance de base FFN, (+1 pince-nez pour les synchros). Le club ne prend pas en charge les déplacements et ou l'hébergement éventuel pour les compétitions ainsi que le maillot de bain de gala et ou de compétition. Réduction à partir du 2eme adhérents par foyer : -15 €, du 3eme adhérents par foyer : - 20 €

**Modalité de paiement :** Soit en totalité avec encaissement de suite, soit 3 chèques maximum qui seront encaissés par exemple comme il suit : 15 septembre, 15 octobre et 15 novembre. **Tous les chèques sont à l'ordre de ENA** (Ermont Natation Artistique) et doivent être datés du jour de l'inscription, mettre le nom de la nageuse au dos si différent des parents, Prise en charge des chèques Sports « Pass'Sport » et ANCV.

Je soussigné(e) .....

reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscriptions et du règlement intérieur et m'engage à les respecter.

Fait à Ermont, le .....

Signature licencié(e)

## DROIT à L'IMAGE

-J'accepte d'être prise en photo et/ou filmé lors des activités de natation artistique durant la saison sportive.

-J'accepte que ces images puissent ensuite servir d'outil de communication et de promotion aux activités liées à la natation artistique pour le compte du club d'Ermont Natation Artistique ainsi que dans le cas de l'utilisation commerciale de celles-ci.

La reproduction et la représentation de ces images se feront sur tous types de support (notamment papier, électronique et audiovisuelle). L'exploitation principale de ces images se fera sur le territoire français. Le club veillera à sauvegarder l'anonymat des enfants et des parents.

Fait à Ermont, le ..... Signature

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 <sup>(1)</sup> ..... <input type="checkbox"/> Natation Artistique <sup>(1)</sup> ..... <input type="checkbox"/> Plongeon <sup>(1)</sup> ..... <input type="checkbox"/> Water-Polo ..... <input type="checkbox"/> Eau libre <sup>(1)</sup> ..... <input type="checkbox"/> Eau libre promotionnelle <sup>(2)</sup> ..... <input type="checkbox"/>  <small><sup>(1)</sup> Comprenant la catégorie des maîtres  <sup>(2)</sup> 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>  <b>J'ai compris, j'accepte ce contrôle et je m'engage à remplir le formulaire spécifique d'honorabilité situé en page 4</b> <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 corporels<sup>1</sup>

Votre licence sportive FFN intègre l'assurance indemnisation des dommages corporels de base facultative<sup>2</sup>.

### 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+<sup>1</sup>

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.

Validé par le Cercle de Compétences Médical de la FFN

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON *	OUI	NON
<b>DURANT LES 12 DERNIERS MOIS</b>		
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"/>
<b>A CE JOUR</b>		
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](mailto: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 « <b>NON</b> » à toutes les questions du QS Sports – Majeurs 	<b>NON</b>
	Si une réponse « <b>OUI</b> » à une question du QS Sports - Majeurs 	<b>OUI</b>
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)