

Reçu le : par Extranet Mail Groupe :
 Nouvel adhérent : OUI Pass sanitaire Carte magnétique préparée
CERCLE DES NAGEURS D'EPINAL
 adresse mail : cnepinal@gmail.com
FICHE D'INSCRIPTION - Saison 2022-2023



PIECES A FOURNIR

- Fiche d'inscription dûment complétée.
- Licence 2022/2023
- Certificat médical :
 - > **Adultes** : certificat médical datant de moins d'1 an ou attestation si vous avez fourni un certificat médical au club il y a moins de 3 ans.
 - > **Mineurs** : Le certificat médical n'est pas obligatoire si vous répondez NON à toutes les questions du questionnaire. Dans ce cas, seule l'attestation est nécessaire.
 - > **Compétiteurs** (élites et sections sportives) : Un certificat médical d'un médecin du sport est obligatoire.
- Règlement total de la cotisation annuelle.
- La carte magnétique d'accès au bassin si vous en possédez déjà une.

Important : les dossiers incomplets ne pourront être acceptés.

LE NAGEUR

NOM : PRENOM : SEXE : M / F
 Nationalité :
 Date de naissance : ___/___/___ Lieu :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 N° tél nageur : ___/___/___ N° tél parent 1 : ___/___/___
 N° tél parent 2 : ___/___/___
 Adresse mail (OBLIGATOIRE) : toute la communication du club se fera par mail.

REGLEMENT INTERIEUR

Madame ou Monsieur par la présente signature, accepte le règlement intérieur du club (consultable au bureau du club ou sur notre site internet) et s'engage à la respecter ou à le faire respecter par mon enfant.
 Toute demande de remboursement pour raison personnelle ou médicale ne pourra être acceptée.

SIGNATURE :

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre de son site internet <http://cnepinal.natation.sportsregions.fr/>, relatif à la vie de l'association, son organisation, ses activités et dans son objectif d'information, l'association demande votre autorisation d'utiliser, sans contrepartie, les photos sur lesquelles vous ou votre enfant figurez mettant en scène ou témoignant des activités qui se déroulent dans le cadre de l'objet de l'association.

Je soussigné(e) autorise le cercle des nageurs d'Epinal à utiliser sans contrepartie les photos où figure mon enfant (ou moi-même) prises dans le contexte signalé ci-dessus.

SIGNATURE :

AUTORISATION DIFFUSION DONNEES PERSONNELLES :

Je soussigné(e) autorise le cercle des nageurs d'Epinal et la régie de la ville à utiliser mes données personnelles que je viens de renseigner dans ce formulaire en accord avec la politique de protection des données.*

* Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, le CNE s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, clubs ou organismes, quels qu'ils soient, conformément au Règlement Général de Protection des Données de 2018 sur la protection des données personnelles.

Signature :

ESPACE RESERVE AU CNE

	LOISIRS	COMPETITION
COTISATION ANNUELLE	210 €	270 €
ADHERENT SUIVANT (Par même foyer)	-30 €	
DOSSIER COMPLET	-15 €	
RENDU AVANT LE 02/09 (uniquement renouvellement de licence)		
CARTE MAGNETIQUE ENTREE	CAUTION : 10€	
COTISATION TOTAL POUR L'ADHERENT :		

Déductions possibles	Montant
Passé sport	
Chèque ZAP	
Tickets CAF	
Coupons sports	
MONTANT TOTAL A DEDUIRE	

Montant total à régler pour l'adhérent :

Le prix comprend la cotisation annuelle au club et la part fédérale.

MODE DE REGLEMENT DU RESTANT A CHARGE :

- Chèque bancaire (possibilité d'échelonner sur 3 mois) :
 - chèque 1 : chèque 2 : chèque 3 :
 - Espèce :
 - Chèques ANCV :

RETOUR DES DOSSIERS

Lors des permanences à la piscine Olympique, Bureau du CNE Epinal (voir horaires et jours sur le site internet du club)

Pendant la foire aux associations le samedi 3 septembre 2022, à l'espace cour à Epinal.



Type : Nouvelle licence Renouvellement Transfert - Nom du club : J'ai déjà un IUF (Identifiant Unique Fédéral) :

INFORMATIONS PERSONNELLES DU LICENCIÉ

Form fields for personal information: Nom, Prénom, Nationalité, Sexe (H/F), Adresse, Code postal, Ville, Date de naissance, E-mail personnel, Tél (01), Tél (02).

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 « Licencés » 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 section with checkboxes for Natation, Natation artistique, Pongeon, Water-Polo, Eau-Libre, Eau libre (1), Eau libre promotionnel(ler), and other options.

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 le dit certificat).

ASSURANCE

Le sousigné 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 libés 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 section with fields for signature and date.



ATTESTATION DE REPOSE 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] N° de licence : [] Nom du Club : [] Demeurant : []

Atteste sur l'honneur : [Adresse complète]

- Avoir fourni à un club affilié FFN un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport ou de la ou les disciplines fédérales envisagées, en compétition.
- 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 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)

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 inexplicquée ?	<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"/>
ACE MOIS		
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"/>

* AG : Les réponses fournies relèvent de la seule responsabilité de l'abonné

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 Mantre – CS 70052- 92583 CLICHY Cedex
 Tel. 01 41 83 87 70 – Fax. 01 41 83 87 69 · E-mail : ffn@ffnatation.fr