



CERCLE DES NAGEURS DE VANNES

FICHE D'INSCRIPTION 2018-2019 - ADULTES

NOM

PRENOM

Sexe : F M

Date et lieu de naissance :

ADRESSE :

N° SECURITE SOCIALE :

 DOMICILE MOBILE BUREAU

E-MAIL (en lettres d'imprimerie SVP).....@.....

PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE + N° DE TELEPHONE :

(Cocher option choisie)

Adultes Sport : Nageurs de plus de 25 ans qui souhaitent améliorer l'efficacité de leur nage et avoir un entraînement répondant à différentes exigences (scolaires, épreuve sportive ou entretien physique).

Horaires	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Tarif : 260 €	13 H 00 – 14 H 00	12 H 00 -14 H 00		12 H 00 -14 H 00	12 H 00 -14 H 00

Adultes Sport Compétition : Nageurs de plus de 25 ans qui bénéficient d'entraînements spécifiques avec la perspective de résultats lors de compétitions.

Horaires	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Tarif : 260 €	12 H 00 -14 H	12 H 00 -14 H		7 H 00 - 8 H 00 12 H 00 -14 H	12 H 00 -14 H	7 H 00 - 8 H 00

Pour les masters compétition, le nageur ou la nageuse devra s'inscrire à une compétition minima dans l'année (en priorisant si possible les Inter-Clubs).



AUTORISATION DU NAGEUR

Je soussigné(e), M., Mme

- m'engage à joindre un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la natation (pour les compétiteurs la mention en compétition doit être précisée obligatoirement sur le certificat) ou à compléter le questionnaire sport santé ci-dessous si licencié durant la saison 2017-2018 et si le dernier certificat médical est daté de moins de 3 ans,
- atteste avoir pris connaissance du règlement du Cercle des Nageurs de VANNES et m'engage à le respecter,
- autorise, après avis médical et en cas d'urgence, toute intervention médicale, chirurgicale ou anesthésie.

En plus pour les compétiteurs :

- atteste avoir pris connaissance de la note d'informations générales compétition et m'engage à la respecter,
- m'engage à régler l'amende forfaitaire en cas d'absence injustifiée à une compétition
- autorise une prise de sang en cas de contrôle anti-dopage lors de compétition,

Fait à le

Signature :

--

REGLEMENT :

PAIEMENT

Cotisations :	€
Réductions familiales :	- €
Autres :	- €
Total cotisations dues :	€

Réductions familiales
2^{ème} Adhésion : 10 euros
3^{ème} adhésion : 20 euros
.....

	Montant	Titulaire du compte
Chèque 1 : n°	€	
Chèque 2 : n°	€	
Chèque 3 : n°	€	
Autres :		
Chèque ANCV, employeur	€	
Nombre :		
Bon Caf	€	

CHEQUE : possibilité de régler en 3 fois – (1^{er} encaissement début octobre). Paiement avec intervalle de 4 semaines à compter du 1^{er} chèque encaissé.

ESPECES : règlement en une seule fois obligatoire.



INFORMATIONS & RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

INFORMATIONS MEDICALES :

Médecin traitant : _____ N° de Téléphone : _____

Maladies et recommandations particulières, traitements en cours : _____

Droits à l'image – Autorisation.

Sous réserve de préserver l'intimité de ma vie privée ou celle de mon enfant, j'autorise les responsables du Cercle des Nageurs de Vannes, pour une durée de 2 ans à dater de la présente,

➤ à photographier ou filmer moi-même ou mon enfant dans le cadre des activités organisées par le Cercle des Nageurs de Vannes,

➤ à publier sur le site Internet du Cercle des Nageurs de Vannes (<http://www.cnvannes.com>) les photographies ou vidéos me représentant ou représentant mon enfant, prises dans le cadre des activités organisées par le Cercle des Nageurs de Vannes,

➤ à projeter sur écran, lors de manifestations organisées par le Cercle des Nageurs de Vannes (Assemblées Générales, manifestations de promotion de l'activité associative, etc.) les photographies ou vidéos me représentant ou représentant mon enfant, prises dans le cadre des activités organisées par le Cercle des Nageurs de Vannes.

Je prends note que le Cercle des Nageurs de Vannes s'engage, pour sa part :

➤ à privilégier les photographies de groupe,

➤ à ne publier que des photographies représentant les licenciés dans le contexte de l'activité organisée par le Cercle des Nageurs de Vannes,

Noms et signature précédés de la mention « lu et approuvé » :

COVOITURAGE :

Nous souhaitons établir un tableau des personnes intéressées par le covoiturage pour les compétitions. A l'issue des inscriptions, nous transmettrons ce tableau au responsable de la section adultes.

J'accepte que mes coordonnées soient reprises sur ce tableau et transmises au responsable afin d'être contacté.

Je n'accepte pas que mes coordonnées soient reprises sur ce tableau.

Signature :

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « OS – SPORT »
(Annexe II-22- Art. A. 231-1 du Code du sport)

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON.	OUI	NON
DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :		
1) <i>Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?</i>		
2) <i>Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?</i>		
3) <i>Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?</i>		
4) <i>Avez-vous eu une perte de connaissance ?</i>		
5) <i>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 ?</i>		
6) <i>Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?</i>		
A ce jour :		
7) <i>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 ?</i>		
8) <i>Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?</i>		
9) <i>Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?</i>		
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		

14 rue Scandicci – 93508 PANTIN Cedex
Tél. 01 41 83 87 70 – Fax. 01 41 83 87 69
E-mail : ffn@ffnatation.fr

www.ffnatation.fr

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.

**ATTESTATION DE RÉPONSE NÉGATIVE À TOUTES LES QUESTIONS
DU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS – SPORT »**

(à remplir par le licencié demandant le renouvellement de sa licence)

Je soussigné(e) : _____ **[Nom – Prénom]**

N° de Licence :

Nom du Club :

Demeurant : _____

_____ **[Adresse complète]**

Atteste sur l'honneur :

- **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, il y a moins de trois ans,**
- **Ne pas avoir eu d'interruption de licence depuis la fourniture de ce certificat,**
- **Avoir répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé « QS – SPORT » dont le contenu est précisé à l'Annexe II-22 (Art. A. 231-1) du Code du sport.**

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à _____ **[Ville]** **le** _____ **[date]**

Signature manuscrite

14 rue Scandicci – 93508 PANTIN Cedex
Tél. 01 41 83 87 70 – Fax. 01 41 83 87 69
E-mail : ffn@ffnatation.fr

www.ffnatation.fr

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.