



CNSR CLUSES  
 Chez Mr PETITO  
 70, rue de la Prairie  
 74300 CLUSES  
 Téléphone : 06 75 21 89 28  
 Courriel : [coach.cnsr@wanadoo.fr](mailto:coach.cnsr@wanadoo.fr)  
 Site : [www.cnsrcluses.fr](http://www.cnsrcluses.fr)

# BULLETIN D'ADHESION

## Membre actif Saison 2024 / 2025

N° affiliation F.F.N. : 33507400429

### INFORMATION SUR L'ADHERENT

Mme, Mlle, M Nom ..... Prénom ..... Sexe M - F

Licencié(e) sur la saison précédente Oui - Non Natation course o Natation Synchronisée o Officiel o

Né(e) le ..... Nationalité .....

Adresse ..... Code Postal ..... Ville ..... Quartier : .....

Téléphone, fixe ..... Portable .....

*Par souci d'environnement, et d'économie de papier, un maximum d'information vous seront envoyé par mail, merci de nous donner une adresse mail valide et lisible*

Courriel .....@.....

### AUTORISATIONS

Je soussigné : Nom : ..... Prénom ..... Agissant en qualité de Père - Mère (rayez la mention inutile)  
 Si différent du nageur : Profession : .....

Tel ..... Adresse .....

- Autorise mon enfant à pratiquer la natation au sein du C.N.S.R.C. et toutes autres activités liées à l'entraînement.
- J'autorise en cas d'urgence, le C.N.S.R.C. à faire soigner ou opérer mon enfant et les médecins à pratiquer toute intervention, tout geste thérapeutique et anesthésique nécessités par son état de santé.
- Autorise le C.N.S.R.C. à suivre mon enfant lors des contrôles antidopage.
- Reconnaît être informé que le C.N.S.R.C. décline toutes responsabilités sur les vols pouvant survenir pendant la pratique de l'activité et s'engage à prendre toutes dispositions pour éviter ces vols en n'apportant aucun objet de valeur.
- Reconnaît être au courant de l'utilité de souscrire une assurance complémentaire à celle, non nominative, souscrite par le C.N.S.R.C. et la F.F.N. comprise dans la licence.
- Accepte sans réserve le règlement intérieur, tenu à ma disposition lors de l'inscription, et s'y conformer.
- Autorise le C.N.S.R.C. à diffuser toutes photos et vidéos relatives aux activités du club.
- Donne délégation au C.N.S.R.C. pour signer la demande de licence F.F.N.

**Signature du pratiquant ou Signature d'un parent (pour les mineurs) précédée de la mention manuscrite " lu et approuvé ".**

A ..... Le.....

### RAPPEL DU MONTANT DE L'ADHESION

**- Tarifs cotisation Club :**

**Ecole natation 1 séance par semaine : 220 €      Ecole de natation 2 séances semaine : 250 €      Adultes/Groupes compétition : 300 €**  
**Uniquement Nage hivernale/ Nage eau libre : 100 €      Waterpolo : 100 €      Nageur officiel FFN : 150 €**

**Pieces à fournir :**

- **Le chèque de cotisation : en fonction du tarif** ( si aide fournir justificatif et faire un chèque du montant de l'aide + un autre pour le complement.)
- **Si Pass'sport, fournir le justificatif**
- **Chèque de caution 70 €\* (non encaissé et détruits en fin de saison, pour ceux ont respecté le règlement interieur du club, assiduité aux entrainements et aux compétitions).**
- **Le questionnaire de santé signé.**
- **Uniquement pour les personnes majeurs un certificat médical à la pratique de la natation en entrainement et compétition ou le questionnaire de santé (pour les membres de la saison précédente.)**
- **A partir du 3ème licencié (même nom de famille) : 20 € de réduction sur le 1<sup>er</sup> trimestre ou sur la cotisation à l'année +70 €\*\* de caution + certificat médical à la pratique de la natation en entrainement et compétition**

**Par décision du Comité Directeur du Club, il est précisé que toute cotisation est due pour l'année entière, quel que soit le motif de l'annulation. Eventuellement en tout début de saison, au minimum le 1<sup>er</sup> trimestre sera dû. Aucune dérogation ne sera accordée.**

**\*Les chèques de caution, à chaque fin d'année, seront détruits (machine à broyer) pour ceux qui auront participé à une compétition individuelle et aux interclubs.**

❖❖❖ **Détail de votre règlement** ❖❖❖

❖ **Avis médical Uniquement pour les personnes majeurs** ❖

**Cotisation :**  chèque Nom .....  
 Banque : .....  
 chèques-vacances ANCV    montant détail: .....  
 espèces    montant : .....

**Caution :** chèque au nom de.....

Numéro Carte Pass' Région: .....

**Certificat Médical**

- Lorsqu'un certificat médical de non contre-indication est exigé, joindre ledit certificat
- Lorsqu'un certificat médical n'est pas exigé pour le renouvellement de la licence, le soussigné atteste sur l'honneur (cocher les trois cases) :
- Avoir fourni à un club affilié FFN un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport ou de la ou des 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.

## ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3) DU CODE DU SPORT

*Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.*

*Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par **OUI** ou par **NON**, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.*

Tu es une fille  un garçon

Ton âge : ..... ans

### DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE

OUI NON

Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?

As-tu été opéré (e) ?

As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?

As-tu beaucoup maigri ou grossi ?

As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?

As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?

As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?

As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?

As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?

As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?

As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?

As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?

### DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)

Te sens-tu très fatigué (e) ?

As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?

## ANNEXE II-23 (Art. A. 231-3) DU CODE DU SPORT

DEPUIS L'ANNÉE DERNIÈRE	OUI	NON
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUJOURD'HUI	OUI	NON
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS	OUI	NON
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tu as répondu **OUI** à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

**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) : .....exerçant l'autorité parentale sur ..... [Nom - Prénom]

N° de licence : .....

Nom du Club : .....

Demeurant : .....

.....

..... [Adresse complète]

**Atteste sur l'honneur :**

- Que toutes les questions du QS Sport Mineurs, dont le contenu est 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