



CNSR CLUSES
 Chez Mr PETITO
 70, rue de la Prairie
 74300 CLUSES
 Téléphone : 06 75 21 89 28
 Courriel : coach.cnsr@wanadoo.fr
 Site : 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^{er} 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^{er} 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** ❖❖❖

Cotisation : chèque Nom
 Banque :
 chèques-vacances ANCV montant détail:
 espèces montant :
Caution : chèque au nom de
 Numéro Carte Pass' Région:

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

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.

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 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"/>
A CE JOUR		
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

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]

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.
- 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)