

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                                                                                                                                                                                                                                                                                  | COMPETITION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ENCADREMENT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                             |            |          |  |          |                          |                          |                                    |                     |                          |                          |                                             |          |                          |                          |                                    |            |                          |                          |                                          |           |                          |                          |                                   |                   |                          |  |  |                       |                          |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------|----------|--|----------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|-------------------|--------------------------|--|--|-----------------------|--------------------------|--|--|
| Natation <input type="checkbox"/><br>Natation artistique <input type="checkbox"/><br>Plongeon <input type="checkbox"/><br>Water-Polo <input type="checkbox"/><br>Eau-Libre <input type="checkbox"/><br>Nagez Forme Santé <input type="checkbox"/><br>Nagez Forme Bien-être <input type="checkbox"/> | Natation (1) <input type="checkbox"/><br>Natation Artistique (1) <input type="checkbox"/><br>Plongeon (1) <input type="checkbox"/><br>Water-Polo <input type="checkbox"/><br>Eau libre (1) <input type="checkbox"/><br>Eau libre promotionnelle(2) <input type="checkbox"/><br><small>(1) Comprenant la catégorie des maîtres<br/>(2) Ne pouvant pas participer aux championnats de France</small> | <b>Contrôle d'honorabilité obligatoire</b><br><i>J'exerce des fonctions d'éducateur sportif, de juge, d'arbitre, d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives ou suis susceptible d'intervenir auprès de mineurs au sens des articles L.212-1 et L.322-1 du code du sport.</i><br><i>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><br><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="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Entraîneur</th> <th>Officiel</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Natation</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Président <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Natation artistique</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Secrétaire Général <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Plongeon</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Trésorier <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Water-Polo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Autre Dirigeant <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eau-Libre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Bénévole <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nagez Forme Santé</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nagez Forme Bien-être</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                                             | Entraîneur | Officiel |  | Natation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Président <input type="checkbox"/> | Natation artistique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Secrétaire Général <input type="checkbox"/> | Plongeon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Trésorier <input type="checkbox"/> | Water-Polo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autre Dirigeant <input type="checkbox"/> | Eau-Libre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bénévole <input type="checkbox"/> | Nagez Forme Santé | <input type="checkbox"/> |  |  | Nagez Forme Bien-être | <input type="checkbox"/> |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Entraîneur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Officiel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                             |            |          |  |          |                          |                          |                                    |                     |                          |                          |                                             |          |                          |                          |                                    |            |                          |                          |                                          |           |                          |                          |                                   |                   |                          |  |  |                       |                          |  |  |
| Natation                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Président <input type="checkbox"/>          |            |          |  |          |                          |                          |                                    |                     |                          |                          |                                             |          |                          |                          |                                    |            |                          |                          |                                          |           |                          |                          |                                   |                   |                          |  |  |                       |                          |  |  |
| Natation artistique                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Secrétaire Général <input type="checkbox"/> |            |          |  |          |                          |                          |                                    |                     |                          |                          |                                             |          |                          |                          |                                    |            |                          |                          |                                          |           |                          |                          |                                   |                   |                          |  |  |                       |                          |  |  |
| Plongeon                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Trésorier <input type="checkbox"/>          |            |          |  |          |                          |                          |                                    |                     |                          |                          |                                             |          |                          |                          |                                    |            |                          |                          |                                          |           |                          |                          |                                   |                   |                          |  |  |                       |                          |  |  |
| Water-Polo                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Autre Dirigeant <input type="checkbox"/>    |            |          |  |          |                          |                          |                                    |                     |                          |                          |                                             |          |                          |                          |                                    |            |                          |                          |                                          |           |                          |                          |                                   |                   |                          |  |  |                       |                          |  |  |
| Eau-Libre                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Bénévole <input type="checkbox"/>           |            |          |  |          |                          |                          |                                    |                     |                          |                          |                                             |          |                          |                          |                                    |            |                          |                          |                                          |           |                          |                          |                                   |                   |                          |  |  |                       |                          |  |  |
| Nagez Forme Santé                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                             |            |          |  |          |                          |                          |                                    |                     |                          |                          |                                             |          |                          |                          |                                    |            |                          |                          |                                          |           |                          |                          |                                   |                   |                          |  |  |                       |                          |  |  |
| Nagez Forme Bien-être                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                             |            |          |  |          |                          |                          |                                    |                     |                          |                          |                                             |          |                          |                          |                                    |            |                          |                          |                                          |           |                          |                          |                                   |                   |                          |  |  |                       |                          |  |  |

OPERATION MINISTERIELLE

J'apprends à nager / Aisance aquatique ☐

Le soussigné atteste sur l'honneur avoir répondu, conjointement avec le mineur concerné, **NON** à toutes les questions du QS Sport - Mineurs dont le contenu est précisé à l'Annexe II-23 (art A231-3) du code du sport (cocher la case) ☐  
Lorsqu'une réponse au QS Sport - Mineurs est un **OUI**, un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport de moins de six mois est exigé.  
En application de l'article R.232-52 du code du sport, (cocher l'une ou l'autre des deux cases)

- ☐ Autorise tout prélèvement nécessitant une technique invasive (prise de sang, prélèvement de phanères) lors d'un contrôle antidopage sur l'enfant mineur ou le majeur protégé (nom et prénom)
- ☐ Reconnais être informé que l'absence d'autorisation parentale est constitutive d'un refus de se soumettre à ce contrôle et est susceptible d'entraîner des sanctions disciplinaires à son égard.

### 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. (juridique@ffnatation.fr))

Garantie complémentaire

- ☐ **OUI**, je souhaite souscrire une option complémentaire. Dans ce cas, remplir le formulaire de souscription disponible ci-après 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.

Fait à .....

Le .....

CLUB

LICENCE

## 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 ?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu été opéré (e) ?                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ?                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| DEPUIS UN CERTAIN TEMPS (PLUS DE 2 SEMAINES)                                                             |                          |                          |
| Te sens-tu très fatigué (e) ?                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 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 ?<br>(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.**

| Type de Licence                                                                                             | Fournir une attestation du renseignement du questionnaire de santé                                                                                               | Fournir un certificat médical d'absence de contre-indication |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Toutes les licences<br>- Compétition<br>- Natation pour tous<br>- Encadrement<br>- Eau libre promotionnelle | Si réponse « <b>NON</b> »<br>à toutes les questions du<br>QS Sports – Mineurs  | <b>NON</b>                                                   |
|                                                                                                             | Si une réponse « <b>OUI</b> »<br>à une question du<br>QS Sports - Mineurs      | <b>OUI</b>                                                   |

**ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A TOUTES LES QUESTIONS DU QS - FFN MINEURS**

(à remplir par les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur)

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 Mineurs.  
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 de la personne  
exerçant l'autorité parentale