

Photo
(Obligatoire)

Dossier d'inscription Angers Natation Water Polo Saison 2011-2012

INFORMATION LICENCIE

Nom du licencié : Téléphone fixe :

Prénom : Portable (1) :

Date de naissance : Portable (2) :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Pour les nouveaux licenciés : si licencié(e) dans un autre club de la FFN les années précédentes, indiquer le nom du club et si possible le numéro de licence :

MONTANT DE LA COTISATION

- Normal : 180 Euros
- Etudiant (post-bac) : 150 Euros
- 2eme enfant (-18 ans) : 100 Euros
- Pass'Sports acceptés / Coupons Sports ANCV non acceptés
- Partenaire club : 88,53 Euros
- Bénéficiaire aide CNDS : 160 Euros

A FOURNIR OBLIGATOIREMENT LORS DE L'INSCRIPTION

- Formulaire dûment rempli
- Photo d'identité
- Certificat médical de non contre-indication
- Si nécessaire : certificat médical de surclassement - voir imprimé joint
- Montant de la cotisation (règlement en 1 ou 3 fois)
- Bénéficiaire partenaire club - remplir fascicule carte partenaire
- Bénéficiaire aide CNDS (jeunes 6 à 18 ans - quotient familial inférieur à 800€)
justificatif CAF ou MSA
- Pour les mineurs: autorisation des parents - voir imprimé joint

AUTORISATIONS (pour les mineurs)

Je soussigné(e) - parent/responsable légal

Nom..... Prénom.....

Adresse (si différent de l'enfant).....

Code postal..... Ville.....

Tél fixe : Tél portable : E-mail :

Autorise **N'autorise pas** l'association ANWP à diffuser les photos de mon enfant

Autorise **N'autorise pas** toute personne à le transporter pour qu'il pratique ce sport en tout lieu et endroit où se dérouleront des compétitions, représentations, entraînements, ou stages et renonce à tout recours contre les accompagnateurs et l'association ANWP

Autorise **N'autorise pas** à le faire transporter à l'hôpital le plus proche en cas de nécessité

Date.....

Signature.....

Fédération Française de Natation
 148 avenue Gambetta
 75980 PARIS Cedex
 ☎ : 01.40.31.17.70 📠 : 01.40.31.19.90
 Email : ffn@ffnatation.org

EXAMENS MEDICAUX DE SURCLASSEMENT A REMETTRE AU MEDECIN PRATIQUANT L'EXAMEN

Nom:..... Prénom:..... Club:..... Licence

Date de naissance:...../...../19..... Age :Age osseux (Double surclassement uniquement):.....

Morphologie : T.A. Repos:..... T.A. Couché:..... T.A. Debout

Peau :

Cœur : F.C. Repos:

Poumons : Epreuve d'Effort:

Ruffier Dickson.....

Ou

Os: V.O.2:

Examen Dentaire: Puberté : PO P1 P2 P3 P4 P5

O.R.L.:..... Poids :..... Taille :m.....

Ophatalmo:..... Masse Grasse:.....

Dates de Vaccinations:

Vaccins	Dates
D.T.P	/ /.....
B.C.G.	/ /.....
R.O.R.	/ /.....
HEVAX A	/ /.....
HEVAX B	/ /.....

CONCLUSION:

Fédération Française de Natation
 148 avenue Gambetta
 75980 PARIS Cedex
 ☎ : 01.40.31.17.70 📠 : 01.40.31.19.90
 Email : ffn@ffnatation.org

FICHE DE SURCLASSEMENT A REMETTRE AU CLUB POUR LA PRATIQUE DU WATER-POLO EN COMPETITION

SIMPLE SURCLASSEMENT	DOUBLE SURCLASSEMENT
<p><u>A établir soit par:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecin de famille - Médecin du club <p>Je soussigné(e) Docteur:..... Certifié après avoir procédé aux examens prévus par la Réglementation en vigueur que M..... est apte à pratiquer dans la catégorie d'âge immédiatement supérieure le en compétition, sous toutes réserves de modifications de l'état de santé actuel.</p> <p>A..... Le...../...../200</p> <p style="text-align: center;">Signature du Médecin</p> <p>CACHET</p>	<p><u>A établir par:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecin titulaire du CES de biologie du Sport qu'il soit : <ul style="list-style-type: none"> * Médecin de famille. * Médecin Fédéral F.F.N. * Médecin d'un Centre Médico-Sportif * Médecin dans un service hospitalier de Médecine du Sport. <p>En cas d'appel transmettre le dossier au Médecin Fédéral Régional sous couvert du secret médical, ce dernier si besoin convoquera le sportif pour examen clinique et rendra une décision finale.</p> <p>Je soussigné(e) Docteur:..... Suivant les résultats des examens médicaux effectués.</p> <p style="text-align: center;">AUTORISE / REFUSE</p> <p>Le DOUBLE SURCLASSEMENT de l'intéressé(e)</p> <p>M..... Pour la pratique du WATER POLO.en compétition</p> <p>A..... Le...../...../200</p> <p style="text-align: right;">Signature du Médecin</p> <p>CACHET</p>