



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
N° affiliation F.F.N. : 33507400429

BULLETIN D'ADHESION

Membre actif Majeur

Saison 2025 / 2026

INFORMATION SUR L'ADHÉRENT

Mme, Mlle, M Nom Prénom Sexe M - F

Licencié(e) sur la saison précédente Oui - Non Natation course Natation Synchronisée Officiel Natation eau libre Situation de Handicap

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 Profession :

Tel Adresse

- 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

précédée de la mention manuscrite " lu et approuvé ".

A Le.....

RAPPEL DU MONTANT DE L'ADHÉSION

- Tarifs cotisation Club :

Natation Adulte 320 € 267€ + Carte accès 53€	Natation Hivernale /eau libre / Water polo 120 €	Officiel nageur 170 €
--	---	--

Pièces à fournir :

- Le chèque de cotisation : en fonction du tarif - Un chèque de 50€ pour la carte d'accès centre aquatique 2CCAM
 - Chèque de caution 70 €* (non encaissé et détruits en fin de saison, pour ceux qui ont respecté le règlement intérieur du club, assiduité aux entraînements et aux compétitions et assister à l'assemblée générale du 3 décembre 2025).
 - Le questionnaire de santé signé.
 - Pour les nageurs hivernaux un électrocardiogramme et certificat médical à la pratique de la natation eau froide.
 - **Uniquement pour les personnes majeurs un certificat médical à la pratique de la natation en entraînement 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 entraînement 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. Éventuellement 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)