

La licence que je sollicite me permet d'accéder aux fonctions d'éducateur sportif et/ou d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives au sens des articles L. 212-1 et L. 322-1 du code du sport et/ou aux fonctions d'arbitre au sens de l'article L.223-1 du code du sport.

A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la fédération 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.

Dans l'hypothèse où le contrôle mettrait en évidence une condamnation incompatible avec les fonctions exercées, une notification me sera adressée, ainsi qu'à la fédération et au club au sein duquel j'exerce comme éducateur ou exploitant ou arbitre. Je serai alors dans l'obligation de quitter mes fonctions. A défaut, une sanction pénale pourra être prononcée en application des articles L. 212-10 et L. 322-4 du code du sport.

J'ai compris l'objet de ce contrôle ☐

## Licencié

Nom de naissance : ..... Prénom de naissance : .....

Nom d'usage : ..... Prénom d'usage : .....

☐ Vous êtes né(e) en France

Département de naissance : [ ][ ][ ][ ]

Commune de naissance : ..... | ..... |

☐ Vous êtes né(e) à l'étranger

Arrondissement  
(si besoin)

Pays de naissance : ..... Commune de naissance : .....

Nom de la mère \* : ..... Prénom de la mère \* : .....

Nom du père \* : ..... Prénom du père \* : .....

\* données facultatives, elles vous seront potentiellement demandées en cas de retour AIA (Aucune Identité Applicable), c'est-à-dire si l'identité transmise n'est pas identique à celle qui figure au Répertoire National de l'Identité des Personnes Physiques (RNIPP) et qu'il n'est pas possible d'opérer un croisement avec le FIJAIS.

SIGNATURE

Fait à .....

Le .....

LICENCIE

(le représentant légal pour les majeurs protégés)

SUIVEZ NOUS SUR



YouTube

ffnatation.fr

Validé par le Cercle de Compétences Médical de la FFN

| Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON *                                                                                                                                                                     | OUI                      | NON                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>DURANT LES 12 DERNIERS MOIS</b>                                                                                                                                                                                        |                          |                          |
| 1) un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?                                                                                                                             | <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"/> |
| <b>A CE JOUR</b>                                                                                                                                                                                                          |                          |                          |
| 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](mailto:ffn@ffnatation.fr)

SUIVEZ NOUS SUR     [ffnatation.fr](https://www.ffnatation.fr)

| 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> » à toutes les questions du QS Sports – Majeurs  | <b>NON</b>                                                   |
|                                                                                                             | Si une réponse « <b>OUI</b> » à une question du QS Sports - Majeurs      | <b>OUI</b>                                                   |
| Compétitions en eau Froide / glacée                                                                         | Fournir un certificat médical de moins de 6 mois + ECG de moins de 6 mois établis par un cardiologue.                                                      |                                                              |

**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]

Nom du Club : .....

Demeurant : .....

..... [Adresse complète]

**Atteste sur l'honneur :**

- 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)

- Il est obligatoire de faire signer le formulaire licence auprès de vos adhérents afin que la licence soit validée et que l'assurance soit prise en compte.
- Le formulaire licence doit être imprimé en recto-verso page 1 ,2 et 3, voire page 4 le cas échéant.
- Ne pas oublier qu'un exemplaire est à archiver dans votre club et que le deuxième est à donner au licencié.



Attention le panier extraNat doit être vide en fin de saison, toutes les licences s'y trouvant avant le 25 août vous seront facturées.

| Licences                                   |                 | Tarifs (€) |                       |       |
|--------------------------------------------|-----------------|------------|-----------------------|-------|
|                                            |                 | Part FFN   | Part régionale<br>(d) | TOTAL |
| Compétition                                | 11 ans et moins | 30,6       | 14,3                  | 44,9  |
|                                            | 12 ans et plus  | 42,8       | 18,4                  | 61,2  |
| Compétition<br>« Estivale »<br>(c)         | 11 ans et moins | 24,5       | 12,2                  | 36,7  |
|                                            | 12 ans et plus  | 26,5       | 14,3                  | 40,8  |
| Natation Pour Tous                         | 16 ans et plus  | 16,1       | 4,3                   | 20,4  |
|                                            | 15 ans et moins | 22,9       | 9,7                   | 32,6  |
| Encadrement                                |                 | 16,1       | 4,3                   | 20,4  |
| Eau Libre Promotionnelle                   |                 | 11,2       | 4,1 (e)               | 15,3  |
| J'apprends à Nager / Aisance Aquatique (a) |                 | 13,1       | 2,3                   | 15,4  |
| e-Licence                                  |                 | 13,1       | 2,1 (club)            | 15,2  |
| Surlicence « Natation Pour Tous » (b)      |                 | 2          | 1                     | 3     |
| Titre de Participation – Découverte        |                 | 1,5        | 0,5                   | 2     |

(a) Dispositifs ministériels d'apprentissage "J'apprends à nager" et "Aisance Aquatique"

(b) Surlicence « Natation Pour Tous » disponible uniquement pour les clubs membres des fédérations affinitaires et/ou membres du Conseil Interfédéral des Activités Aquatiques (CIAA) ayant conclu une convention spécifique avec la FFN (exemple : FSASPTT)

(c) Uniquement pour les licences Compétition prises entre le 1er juin et le 28 août.

(d) Le reversement par la FFN de la part régionale de chaque licence à la ligue régionale concernée est conditionné à la signature des documents qui forment la contractualisation et corollairement au respect des dispositions de son socle commun

(e) Selon l'événement, le reversement se fera soit au club organisateur ; soit au club de ligue en fin de saison eau libre

SUIVEZ NOUS SUR    YouTube [ffnatation.fr](https://www.ffnatation.fr)