



Cercle Paul Bert
WATER-POLO
fiche d'inscription 2019/2020



12 Boulevard Albert 1er
35200 Rennes
02/99/31/71/17 - 06/73/57/09/28
waterpolo@cerclepaulbert.asso.fr

Renseignements et assurances

| | |
|---|--|
| Type de la licence | <input type="checkbox"/> Nouvelle licence <input type="checkbox"/> Transfert, nom du club précédent : N° de licence..... <input type="checkbox"/> Renouvellement |
| NOM : Prénom : Nationalité : Sexe (H/F) : Date de naissance :/...../..... Adresse : CP : Ville : e-mail (obligatoire) Tel (1) Tel (2)..... | |

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 communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au service « licence » de la Fédération Française de Natation, 14 rue Scandicci, 93508 Pantin cedex ou à l'adresse électronique : licences@fnatation.fr Ces informations peuvent être communiquées à des tiers. Si vous vous y opposez, il suffit de le préciser par écrit à la fédération.

| | | |
|---------------------|--------------------------------|---------------------|
| LICENCE COMPETITION | LICENCE « NATATION POUR TOUS » | LICENCE ENCADREMENT |
|---------------------|--------------------------------|---------------------|

| | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nationale | <input type="checkbox"/> Confirmé | <input type="checkbox"/> Président |
| <input type="checkbox"/> Régionale | <input type="checkbox"/> Débutant | <input type="checkbox"/> Trésorier |
| <input type="checkbox"/> Jeunes (moins de 16 ans) | <input type="checkbox"/> Jeunes (moins de 16ans) | <input type="checkbox"/> Bénévoles |

- 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.

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)
- Reconnaît 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.

| | | |
|--------------|--|---------|
| Fait à | CLUB | LICENCE |
| Le | (Personne investie de l'autorité parentale pour les mineurs / Personne investie de l'autorité pour les majeurs protégés) | |

Inscription aux championnats 2019/2020

| Catégorie | Simple Sur Classement (année de naissance) | Double Sur Classement (année de naissance) | Pass Compétition (année de naissance) |
|-------------------------|---|---|--|
| NATIONALE 3 | 2004 | 2005 | |
| RÉGIONALE SENIOR | 2004 | 2005 | |
| 17 ANS | 2005 | | |
| 15 ANS | 2007 | | |
| 13 ANS | 2008 | | 2009 |
| 11 ANS | 2010 | | 2009-2010 |

Nom :

Prénom :

Club : Cercle Paul Bert Rennes

N° de licence :

ASSURANCE

Le soussigné déclare avoir :

- Reçu et pris connaissance des informations minimales de garanties de base « accident corporel » attachées à la licence FFN
- Pris connaissance du bulletin permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires à l'assurance de base « accidents corporels » auprès de l'assureur fédéral.

Garantie de base « individuelle accident » et « assistance rapatriement »

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 : environ 0,16 € TTC et 0,05 € TTC pour les bébés nageurs. Dans ce cas envoyer une copie de ce formulaire auprès de la FFN)

Garantie complémentaire

OUI, je souhaite souscrire une option complémentaire. Dans ce cas, remplir le formulaire de souscription disponible auprès du club 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.

SIGNATURE



Département Médical
Dr Lepourcelet Talvard Christine, MFN
Port : 06 84 38 83 85
104 Rue Martre
92 383 Clichy Cedex
☎ : 01 70 48 45 45
Email : medical-ffn@wanadoo.fr

**EXAMENS MEDICAUX DE SURCLASSEMENT WATER-POLO A REMETTRE AU MEDECIN PRATIQUANT L'EXAMEN
Et A RETOURNER SOUS PLI CONFIDENTIEL AU DEPARTEMENT MEDICAL DE LA FFN**

| | | | | | |
|-------------------------------|---|---------------------|---------------------------|----------------|-----------|
| Nom : | Prénom : | Date de naissance : | Age : | Club : | Licence : |
| <u>Aspect sportif :</u> | Nb d'heures d'entraînement par Jour à sec : | Dans l'eau : | Nb d'années de pratique : | Poste occupé : | |
| <u>Autre sport pratiqué :</u> | Nb d'heures par jour : | | | | |
| Morphologie | T.A. Repos : | T.A. Couché : | T.A. Debout : | | |
| Peau : | | | | | |
| Cœur : | F.C. Repos | | | | |
| Poumons : | Adaptation à l'effort : | | | | |
| Squelette : | | | | | |
| Examen Dentaire : | Puberté : | P0 | P1 | P2 | P3 P4 P5 |
| O.R.L. : | Poids : | Taille : | cm. | | |
| Ophthalmologie : | Masse Grasse : | | | | |

Dates de Vaccinations :

Accord **Simple de surclassement**
Accord **Double de surclassement**

| |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

| Vaccins | Dates |
|---------|-----------|
| D.T.P | / /20.... |
| B.C.G. | / /20.... |

Praticien :

Date & Signature & Cachet

CONCLUSION :

Il est formellement interdit de faire un recto verso de ces 2 feuillets.



Département Médical
Dr Lepourcelet Talvard Christine, MFN
Port : 06 84 38 83 85
104 Rue Martre
92 383 Clichy Cedex
☎ : 01 70 48 45 45
Email : medical-ffn@wanadoo.fr

A REMETTRE AU CLUB

FICHE DE SURCLASSEMENT 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.....</p> <p>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 leen compétition, sous toutes réserves de modifications de l'état de santé actuel.</p> <p>A..... Le...../...../20</p> <p><i>Signature du Médecin</i></p> <p>CACHET</p> | <p><u>A établir par:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecin titulaire du CES de la capacité de biologie du Sport ou du DESC 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 :.....</p> <p>Suivant les résultats des examens médicaux effectués.</p> <p>AUTORISE / REFUSE</p> <p>Le DOUBLE SURCLASSEMENT de l'intéressé(e)</p> <p>M.....</p> <p>Pour la pratique du WATER POLO. en compétition</p> <p>A..... Le...../...../20</p> <p><i>Signature du Médecin</i></p> <p>CACHET</p> |

Il est formellement interdit de faire un recto verso de ces 2 feuillets.

PROPOS INTRODUCTIFS

Pour des raisons de santé et de sécurité, l'obtention d'une licence F.F.N. est soumise à la production d'un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique du sport.

L'article 20 du Règlement Intérieur de la Fédération prévoit ainsi :

« A l'exception de la Licence « Encadrement » (abstraction faite des arbitres de Water-Polo conformément à l'article D.231-1-1 du Code du sport), l'obtention d'une première licence F.F.N est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an et permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique de la ou des disciplines fédérales envisagées (préciser le cas échéant, en compétition). La durée d'un an s'apprécie au jour de la demande de licence.

Pour le renouvellement d'une licence F.F.N, qui s'entend comme la délivrance d'une nouvelle licence sans discontinuité dans le temps avec la précédente, la présentation d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication est exigée tous les trois ans, sous réserve de l'aliéna suivant.

Entre chaque renouvellement triennal, lorsqu'un certificat médical n'est en principe pas exigé pour le renouvellement de la licence, le licencié renseigne un questionnaire de santé dont le contenu est précisé par arrêté du ministre chargé des sports. Il atteste auprès de la Fédération que chacune des rubriques du questionnaire donne lieu à une réponse négative. A défaut, et par exception à l'alinéa précédent, il est tenu de produire un nouveau certificat médical attestant l'absence de contre-indication pour obtenir le renouvellement de sa licence. »

LES LICENCES CONCERNEES

Tous les types de licence ne sont cependant pas concernés.

Aux termes de **l'article D. 231-1-1** du Code du sport, l'obligation de présenter un certificat médical s'applique à toute licence délivrée par une fédération sportive ouvrant droit à la pratique d'une ou plusieurs disciplines sportives qu'elle organise, ainsi qu'aux arbitres.

L'obligation porte donc autant sur une pratique « loisirs » que sur une pratique en compétition.

Cependant, les licences pour les dirigeants, les bénévoles, les officiels ou les entraîneurs, qui n'ouvrent pas droit à la pratique sportive, ne sont pas concernées par cette obligation, conformément à **l'article 20 du Règlement Intérieur de la F.F.N.**

LE CONTENU DU CERTIFICAT MEDICAL

Pour permettre la délivrance d'une licence F.F.N, le certificat médical doit comporter un certain nombre de mentions.

Tout d'abord, le certificat médical doit attester l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la ou les disciplines fédérales envisagées.

A cet égard, **l'article D. 231-1-1 alinéa 3** du code du sport issu du décret du 24 août 2016 est venu préciser que :

- ☒ le certificat médical mentionne, s'il y a lieu, **la ou les disciplines dont la pratique est contre-indiquée**,
- ☒ le certificat médical peut, à la demande du licencié, ne porter que sur une discipline ou un ensemble de disciplines connexes.

A cela s'ajoute la mention « **pratique en compétition** » lorsque la licence sollicitée est une licence compétition, tel que cela découle de **l'article L. 231-1 du Code du sport**.

1 - LE CERTIFICAT MEDICAL LORS DE LA PRISE DE LA PREMIERE LICENCE

L'article L. 231-2 I. du Code du sport pose le principe général selon lequel l'obtention d'une licence sportive est subordonnée à la présentation d'un certificat médical datant de moins d'un an et permettant d'établir l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou, le cas échéant, de la discipline concernée.

Toutefois, lorsque la licence sollicitée permet la participation aux compétitions organisées par une fédération sportive, le certificat médical atteste l'absence de contre-indication à la pratique en compétition.

A cet égard, **l'article D. 231-1-1 du Code du sport** vient préciser que la durée d'un an s'apprécie au jour de la demande de licence. Ainsi, si la demande de licence est faite le 16 septembre, le certificat médical devra dater au plus tôt du 17 septembre de l'année précédente.

2 - LE CERTIFICAT MEDICAL LORS DU RENOUELEMENT DE LICENCE

A/ Le principe : un certificat médical exigé tous les 3 ans

L'article D. 231-1-1 du Code du sport est venu fixer les modalités de renouvellement de la licence et notamment la fréquence à laquelle un nouveau certificat est exigé.

D'une part, la notion de renouvellement de licence renvoie à « la délivrance d'une nouvelle licence, sans discontinuité dans le temps avec la précédente, au sein de la même fédération ».

D'autre part, la présentation d'un certificat médical d'absence de contre-indication est dorénavant exigée tous les trois ans.

B/ L'exception : un résultat « positif » au nouveau questionnaire médical

L'exigence d'un certificat médical annuel pour le renouvellement de la licence est remplacé par la mise en œuvre, à compter du 1er juillet 2017, d'un questionnaire de santé qui devra être renseigné par le sportif et dont le contenu est précisé par arrêté du Ministre chargé des sports (voir tableau page 3).

Si le sportif donne une réponse positive à l'une des rubriques du questionnaire, il sera tenu de produire, pour obtenir le renouvellement de la licence, un nouveau certificat médical attestant de l'absence de contre-indication.

«QS -SPORT» (ANNEXE II -22 - ART. A. 231-1 DU CODE DU SPORT)

| 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 cardiaque ou inexplicquée ? | <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 une 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"/> | |
| À 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> | | | |

ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A TOUTES LES QUESTION S DU QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS-SPORT »

(à remplir par le licencié demandant le renouvellement de sa licence ou responsable légale quand il s'agit d'enfant)

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, 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.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à [Ville] le [date]

*Signature de l'adhérent
(ou de son représentant légal
si celui-ci est mineur)*



Cas N°1

Je sollicite la délivrance d'une première licence FFN

OU

Je sollicite le renouvellement de ma licence après une interruption de licence



Mémo récapitulatif

Je dois fournir un certificat médical datant de moins d'un an



Cas N°2

Je sollicite le renouvellement de ma licence FFN d'une année sur l'autre

J'ai fourni un certificat médical il y a **maintenant trois ans**



Je dois fournir un nouveau certificat médical



J'ai répondu **NON** à toutes les questions du questionnaire de santé



Je dois simplement remplir une attestation de réponse négative au questionnaire

J'ai fourni un certificat médical il y a **moins de trois ans**

J'ai répondu **OUI** à l'une des questions du questionnaire de santé



Je dois fournir un certificat médical



AUTORISATION MEDICALE

Cette fiche est destinée à permettre au médecin qui verra éventuellement votre enfant de connaître ses antécédents, les contre-indications éventuelles à un traitement, les problèmes particuliers.

En cas d'urgence, les médecins obligés de pratiquer certains actes chirurgicaux, examens, anesthésies, demandent une autorisation écrite des parents. Si celle-ci fait défaut, il leur faut demander l'autorisation au juge des enfants ou au procureur de la République. L'attestation ci-dessous est destinée à éviter ces démarches.

Je soussigné (e), , responsable légal(e) autorise le médecin consulté en cas d'urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de santé de mon enfant :

NOM : **PRENOM :**

Antécédents chirurgicaux :

- interventions subies (date et nature) :

Antécédents médicaux :

- maladies infantiles :

- maladies graves (date et nature) :

Antécédents de suivi kiné :

Allergies connues à des médicaments ou des substances diverses :

Vaccinations entreprises et dates de celles-ci :

Autre personne à prévenir en cas d'urgence :

Fait à le

Signature du/des parents précédée de la mention « lu et approuvé ».

AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE

Le Cercle Paul Bert Bréquigny a, par ses résultats au sein des différents groupes sportifs, de nombreuses demandes en photos ou vidéos de nos compétiteurs pour agrémenter les sites Internet de l'association et des fédérations dirigeantes.

Pour ce faire et conformément à la loi relative au droit à l'image, nous vous adressons une autorisation de diffusion des photos et des vidéos vous concernant vous ou votre enfant sur le site Internet.

Je soussigné(e), responsable légal de autorise/n'autorise pas (*) le Cercle Paul Bert Bréquigny, groupe water-polo à diffuser sur Internet des images et des vidéos sur lesquelles moi ou mon enfant apparaissions.

(*) *Rayez la mention inutile*

Fait à le

Signature du/des parents précédée de la mention « lu et approuvé ».