# Formulaire Licence FFN - Mineurs

2026 2027

Type : ☐ Nouvelle licence ☐ Renouvellement ☐ Transfert - Nom du club : .....

J'ai déjà un IUF (Identifiant Unique Fédéral) : .....

## INFORMATIONS PERSONNELLES DU LICENCIE

Nom : ..... Prénom : .....

Nationalité : ..... Sexe (H/F) : 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-maillings d'information dela FFN, Ligue, Comité et les E-maillings 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

- Natation ☐
- Natation artistique ☐
- Plongeon ☐
- Water-Polo ☐
- Eau-Libre ☐
- Nagez Forme Santé ☐
- Nagez Forme Bien-être ☐

### COMPETITION

- Natation (1) ☐
- Natation Artistique (1) ☐
- Plongeon (1) ☐
- Water-Polo ☐
- Eau libre (1) ☐
- Eau libre promotionnelle(2) ☐

*(1) Comprenant la catégorie des maîtres*
*(2) Ne pouvant pas participer aux championnats de France*

### OPERATION MINISTERIELLE

J'apprends à nager / Aisance aquatique ☐

### ENCADREMENT

Contrôle d'honorabilité obligatoire

*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.*
*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.*

**J'ai compris, j'accepte ce contrôle et je m'engage à remplir le formulaire spécifique d'honorabilité situé en page 4** ☐

| | Entraineur | Officiel |
|---|---|---|
| Natation | ☐ | ☐ |
| Natation artistique | ☐ | ☐ |
| Plongeon | ☐ | ☐ |
| Water-Polo | ☐ | ☐ |
| Eau-Libre | ☐ | ☐ |
| Nagez Forme Santé | ☐ | |
| Nagez Forme Bien-être | ☐ | |

- Président ☐
- Secrétaire Général ☐
- Trésorier ☐
- *Autre Dirigeant* ☐
- *Bénévole* ☐

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.

## SIGNATURE

Fait à Yerres

Le .....

CLUB

LICENCIE

*1 er exemplaire au club*
*2 ème exemplaire au licencié*

(Personne investie de l'autorité parentale)

FFNATATION

# QS Sport Mineurs

2026 2027

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

SUIVEZ NOUS SUR ffnatation.fr

FÉDÉRATION FRANÇAISE NATATION

PARTENAIRE PRINCIPAL EDF

PARTENAIRES OFFICIELS CIC iGarden BIODERMA LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE flunch

FFNATATION

# QS Sport Mineurs – la suite(1)

2026 2027

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 ? | ☐ | ☐ |
| Te sens-tu triste ou inquiet ? | ☐ | ☐ |
| Pleures-tu plus souvent ? | ☐ | ☐ |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | ☐ | ☐ |
| **AUJOURD'HUI** | | |
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | ☐ | ☐ |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ? | ☐ | ☐ |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ? | ☐ | ☐ |
| **QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS** | | |
| 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 ? | ☐ | ☐ |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ? | ☐ | ☐ |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (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.) | ☐ | ☐ |

**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.**

SUIVEZ NOUS SUR ffnatation.fr

FÉDÉRATION FRANÇAISE NATATION

PARTENAIRE PRINCIPAL EDF

PARTENAIRES OFFICIELS CIC iGarden BIODERMA LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE flunch

FFNATATION

# QS- FFN Mineurs (la suite 2)

2026 2027

| 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 « **NON** » à toutes les questions du QS Sports – Mineurs | **NON** |
| | Si une réponse « **OUI** » à une question du QS Sports - Mineurs | **OUI** |

## *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 :* Club Yerrois de Natation .....

*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 Yerres ..... [Ville] le ..... [date]

Signature de la personne
exerçant l'autorité parentale