

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

Licencié

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

Nom : ..... Prénom : .....

Nationalité : ..... Sexe (H/F) : ..... Date de naissance : |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

Adresse : .....

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

E-mail personnel : ..... @ ..... Tél (01) : .....

*(obligatoire)* Tél (02) : .....

Je suis un(e) 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 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

| Informations  | LICENCE COMPETITION  | LICENCE «NATATION POUR TOUS»   | LICENCE ENCADREMENT  |
|---|--|--|--|
| Je souhaite recevoir les e-mailings d'information de la FFN, Ligue, Comité et les e-mailings d'offres promotionnelles de la FFN et de ses partenaires.<br><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Natation ..... <input type="checkbox"/><br>Natation Artistique ..... <input type="checkbox"/><br>Plongeon ..... <input type="checkbox"/><br>Water-Polo ..... <input type="checkbox"/><br>Eau libre ..... <input type="checkbox"/><br>Eau libre promotionnelle <sup>(1)</sup> ..... <input type="checkbox"/><br><small>(1) Ne pouvant pas participer aux championnats de France</small> | Activité<br>Natation ..... <input type="checkbox"/><br>Natation artistique ..... <input type="checkbox"/><br>Plongeon ..... <input type="checkbox"/><br>Water-Polo ..... <input type="checkbox"/><br>Eau-Libre ..... <input type="checkbox"/><br>Nagez Forme Santé ..... <input type="checkbox"/><br>Nagez Forme Bien-être ..... <input type="checkbox"/><br>Eveil ..... <input type="checkbox"/>  | officiel<br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br>Président ..... <input type="checkbox"/><br>Secrétaire Général ..... <input type="checkbox"/><br>Trésorier ..... <input type="checkbox"/><br>Autre Dirigeant ..... <input type="checkbox"/><br>Bénévole ..... <input type="checkbox"/> |
| OPERATION MINISTERIELLE<br>J'apprends à nager ..... <input type="checkbox"/>  |  | <b>POUR LES ENCADRANTS ET DIRIGEANTS (obligatoire)</b><br>J'exerce des 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. 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.<br><input type="checkbox"/> J'ai compris, j'accepte ce contrôle et je m'engage à remplir le formulaire spécifique d'honorabilité situé en page 3 |  |

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 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)
- 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.

## 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 : 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

Fait à .....

Le .....

CLUB

LICENCIE

**ASSURANCE SAISON 2021 / 2022 (document non contractuel)**

Le document n'est qu'un résumé des contrats d'assurance visés ci-après. Il n'est par conséquent pas contractuel. Des notices d'information sont téléchargeables sur le site Internet de la FFN [www.ffnatation.fr](http://www.ffnatation.fr)

**ASSURÉS** : Les licenciés de la FFN résidant en France Métropolitaine, en Corse, dans les DOM, COM, POM, ROM ou dans les Principautés d'Andorre ou de Monaco. Les licenciés de la FFN résidant hors de France, DOM, COM, POM, ROM, Andorre et Monaco ne sont assurés que si les activités sont pratiquées dans les pays visés ci-dessus et/ou sous l'autorité de la FFN ou de ses organismes affiliés.

**ACTIVITES GARANTIES** : (sous réserve qu'elles soient organisées par la Fédération, ses Comités Régionaux ou Départementaux, ses clubs ou associations affiliés) :

La pratique de la natation, du water-polo, de la natation synchronisée, du plongeon, de la natation en eau libre, de la natation estivale, des activités d'éveil, de la découverte aquatique, de la longue distance et leur enseignement ainsi que de tous les sports annexes et connexes comprenant notamment la participation : à des compétitions (officielles ou amicales) et leurs essais ou entraînements préparatoires à des séances d'entraînement à des activités de formation de la Fédération (INFAN) et des Comités Régionaux (ERFAN) à des actions de promotion et/ou propagande, notamment démonstrations, exhibitions, défilés, soirées de gala à des stages d'initiation ou de perfectionnement notamment dans le cadre des structures affiliées ou labellisées Ecole de Natation Française (ENF), « Nagez Grandeur Nature », « Savoir Nager », « Forme, Bien être et Santé » et autres initiations.

**TERRITORIALITE** : Dommages survenus en France et Principautés d'Andorre et de Monaco. Extension au monde entier au cours d'un déplacement ou d'un séjour temporaire ne dépassant pas 90 jours, dès lors que le déplacement ou le séjour est organisé par la Fédération ou ses organismes affiliés et dès lors que le pays d'accueil n'est pas en état de guerre ou d'instabilité politique notoire. Sinistres survenus aux Etats-Unis d'Amérique ou au Canada : **SONT EXCLUS DE LA GARANTIE** : LES DOMMAGES INTERETS PUNITIFS OU EXEMPLAIRES (PUNITIVE DAMAGES OR EXEMPLARY DAMAGES), LES DOMMAGES DE POLLUTION, LES DOMMAGES IMMATERIELS NON CONSECUTIFS.

**1 / RESPONSABILITE CIVILE** : extrait du contrat n° 56852544

Contrat souscrit par la MDS pour le compte de la FF Natation auprès d'ALLIANZ I.A.R.D. (1 Cours Michelet - CS 30051 - 92076 Paris La Défense cedex - SA au capital de 991.067.200 € - 542 110 291 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des assurances) / / / / / Contrat présenté par MDS CONSEIL - 43 rue Scheffer - 75116 PARIS (SASU de courtage et de Conseil au Capital de 330 144€ - SIRET 434 560 199 00011 - APE 66222 - N° immatriculation ORIAS : 07 001 479 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)) - Garantie financière et assurance de responsabilité professionnelle conformes aux articles L.530-1 et L.530-2 du Code des assurances

**Dommages corporels** : Les conséquences pécuniaires d'atteintes physiques ou morales à la personne humaine. **Dommages matériels** : Les conséquences pécuniaires de la détérioration, destruction ou perte d'une chose ou d'une substance, ainsi que toute atteinte physique à un animal. **Dommages immatériels** : Tous dommages autres que corporels ou matériels lorsqu'ils résultent de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou un bien meuble ou immeuble, de la perte d'un bénéfice. **Sinistre** : Tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers, engageant la responsabilité de l'assuré, résultant d'un fait dommageable et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations. Le fait dommageable est celui qui constitue la cause génératrice du dommage. Un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique est assimilé à un dommage unique. **Tiers** : Toute personne autre que l'assuré responsable du dommage. Les différends assurés sont tous tiers entre eux sauf pour les dommages immatériels non consécutifs à des dommages corporels ou matériels garantis.

L'assureur, dans le respect des dispositions du Code des Assurances, garantit les assurés contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile quelle qu'en soit la nature qu'ils peuvent encourir à raison des dommages corporels, matériels et immatériels causés aux tiers et survenus pendant les activités garanties

| GARANTIES RESPONSABILITE CIVILE  | MONTANTS   | FRANCHISES                                     |
|--|--|--|
| Tous dommages confondus<br>Sans pouvoir dépasser pour les dommages ci-après :<br>Dommages matériels et immatériels consécutifs<br>Dommages immatériels non consécutifs | 30 000 000 € par sinistre<br><br>15 000 000 € par sinistre<br>1 500 000 € par an | Néant<br><br>Néant<br>Néant                    |
| <b>DEFENSE PENALE / RECOURS</b>  | <b>100 000 € par an</b>  | <b>Seuil d'intervention en recours : 200 €</b> |

Sont notamment exclus des garanties : Dommages causés par une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré. Amendes quelle qu'en soit la nature. Dommages y compris le vol, causés aux biens dont l'assuré responsable du sinistre est propriétaire, locataire, dépositaire ou gardien. Dommages résultant de la pratique des sports ou des activités suivantes : sports aériens, sports comportant l'usage de véhicules terrestres à moteur, utilisation d'embarcation d'une longueur supérieure à 5 mètres 50, ou équipée d'un moteur de plus de 10 CV ou pouvant transporter plus de 10 personnes, saut à l'élastique, alpinisme et escalade, canyoning, spéléologie. Dommages causés à l'occasion d'activités ayant fait l'objet de la souscription d'un contrat d'assurance en vertu d'obligation légale, par exemple les manifestations sur la voie publique, l'utilisation de véhicules terrestres à moteur et leur remorque, les actes de chasse ou de destruction d'animaux malfaisants ou nuisibles. Conséquences pécuniaires des dommages résultant d'atteintes à l'environnement non accidentelles.

**2 / INDIVIDUELLE ACCIDENT** : extrait de l'Accord collectif n° 2141 souscrit auprès de la Mutuelle des Sportifs (MDS) (2/4 rue Louis David - 75782 PARIS Cedex 16 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Mutuelle immatriculée au Répertoire Sirene sous le n° 422 801 910 - APE 65122)

**Accident** : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. La mort subite est assimilée à un accident. **Invalidité permanente totale ou partielle** : Privation de tout ou partie de ses capacités physiques ou intellectuelles. Pour l'appréciation de cette invalidité, c'est le barème du concours médical (barème indicatif pour apprécier les déficits fonctionnels séquentiels utilisés en droit commun) qui sera utilisé et il ne sera tenu compte que de l'invalidité fonctionnelle et en aucun cas de l'invalidité professionnelle, ni des préjudices annexes (pretium doloris, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, etc...). **Enfants à charge** : Les enfants de l'assuré ou de son conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs de moins de 18 ans s'ils sont rattachés au foyer fiscal de l'assuré ou, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires d'un titre leur reconnaissant un taux d'invalidité au moins égal à 80%.

| GARANTIES                             | LICENCIES                            | DIRIGEANTS                           | ATHLETES DE HAUT NIVEAU              | Franchise |
|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----------|
| <b>FRAIS DE SOINS DE SANTE</b>        | 200 % de la base de remboursement SS | 250 % de la base de remboursement SS | 300 % de la base de remboursement SS | Néant     |
| <b>FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER</b> | Frais réels                          |                                      |                                      | Néant     |
| <b>CAPITAL SANTE</b>                  | 2 000 € par accident                 | 2 500 € par accident                 | 3 500 € par accident                 | Néant     |

L'assuré bénéficie d'un « CAPITAL SANTE » disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.

L'assuré pourra disposer de ce capital pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :

Dépassements d'honoraires médicaux (y compris sur la pharmacie) ou chirurgicaux Prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale Bris de lunettes et perte de lentilles durant les activités sportives (s'il s'agit d'un accident de sport, sur production d'un certificat médical précisant que l'assuré doit nécessairement porter ses lunettes ou ses lentilles pendant les activités sportives) Frais de prothèse dentaire En cas d'hospitalisation, la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc... ne sont pas pris en compte) et / ou le coût d'un parent accompagnant si le blessé a moins de 12 ans Frais de transport pour se rendre aux soins prescrits médicalement, dans la limite de 0,25 € par km Frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, dans la limite de 0,25 € par km Frais de séjour médicalement prescrits en centre de rééducation traumatologique sportive, de thérapie, de convalescence ou maison de repos Frais de remise à niveau scolaire ou universitaire Frais d'ostéopathie (ils devront être prescrits et pratiqués par un médecin praticien).

| GARANTIES  | LICENCIES                                    | DIRIGEANTS          | ATHLETES DE HAUT NIVEAU | Franchise           |                |
|--|--|---------------------|-------------------------|---------------------|----------------|
| <b>DECES</b>   | MOINS DE 16 ANS<br>16 ANS ET PLUS            | 8 000 €<br>31 000 € | 8 000 €<br>46 000 €     | 8 000 €<br>60 000 € | Néant<br>Néant |
| Majoration de 15% par enfant à charge de moins de 18 ans dans la limite de 50% du capital garanti<br>Capital limité à 16 000 € en cas d'accident survenant pendant le trajet ou lors d'activités extra-sportives |  |                     |                         |                     |                |
| <b>INVALIDITE</b><br>Capital réductible en fonction du taux  | 61 000 €                                     | 90 000 €            | 130 000 €               | Néant               |                |
| Capital limité à 23 000 € en cas d'accident survenant pendant le trajet ou lors d'activités extra-sportives  |  |                     |                         |                     |                |
| <b>FRAIS DE PREMIER TRANSPORT</b>  | Frais réels                                  |                     |                         | Néant               |                |
| <b>INTERRUPTION DE STAGE ENF</b>   | 50% d'une inscription à un nouveau stage ENF |                     |                         | Néant               |                |

**Exclusions** : Accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès Suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide Accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active Accidents résultant de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense Suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenue est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré Accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré Accidents résultant des effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité.

**3 / ASSISTANCE RAPATRIEMENT** : (Accord collectif n° 2141 - garanties souscrites par la Mutuelle des Sportifs auprès de Mutuaide Assistance - Entreprise régie par le Code des assurances)

**Principales prestations** : Rapatriement ou transport sanitaire. Visite d'un membre de la famille en cas d'hospitalisation supérieure à 10 jours à l'étranger. Prise en charge des frais médicaux, en complément des versements effectués par les organismes de protection sociale, à concurrence de 5 335,72 € (150 000 € pour les dirigeants et les athlètes de haut niveau), déduction faite d'une franchise de 15,24 Euros par dossier. Rapatriement, transport du corps en cas de décès et prise en charge des frais de cercueil à hauteur de 457,35 €. **L'assistance n'intervient qu'après appel au 01 45 16 65 70.**

**4 / RENSEIGNEMENTS ET DECLARATIONS DE SINISTRE** :

**MUTUELLE DES SPORTIFS** - Département Prestations - 2/4 rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16 / Tél. 01.53.04.86.20 - Fax. 01.53.04.86.87 - Mail : [prestations@grpmlds.com](mailto:prestations@grpmlds.com)

**ASSISTANCE RAPATRIEMENT** : composer le 01 45 16 65 70. Attention : aucune prestation d'assistance ne pourra être prise en charge sans l'accord préalable de MUTUAIDE

**OPTIONS COMPLEMENTAIRES SPORTMUT FF NATATION :**

Souscriteur de la protection des licenciés et conscient du devoir d'information que la loi fait peser sur elle, la FFN a souscrit auprès de la Mutuelle des Sportifs un contrat de prévoyance « SPORTMUT FF NATATION » qui permet de bénéficier, au-delà du régime de base attaché à la licence, de garanties complémentaires (Invalidité Permanente, Décès, Indemnités Journalières). Le licencié désireux de souscrire une garantie optionnelle devra remplir le formulaire de souscription disponible auprès du club et téléchargeable sur le site Internet de la FFN et le renvoyer à la MUTUELLE DES SPORTIFS (2/4 rue Louis David - 75782 Paris cedex 16) en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie. (limite d'âge = 70 ans)

| Exemples d'options pouvant être souscrites | Décès    | Invalidité | Indemnités Journalières | Cotisation annuelle | Observations  |
|--|----------|------------|-------------------------|---------------------|---|
|  | -        | 30 500 €   | -                       | 6,30 € TTC          | Option réservée aux mineurs de moins de 12 ans        |
|  | 30 500 € | 61 000 €   | 16 € / Jour (*)         | 38,00 € TTC         | (*) (franchise 30 jours ; 4 jours si hospitalisation) |
|  | 76 250 € | 152 500 €  | 38 € / Jour (*)         | 89,80 € TTC         |   |

## 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 ?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu été opéré (e) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu beaucoup maigri ou grossi ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu très fatigué (e) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 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 ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Te sens-tu triste ou inquiet ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pleures-tu plus souvent ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

  

| AUJOURD'HUI   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

  

| QUESTIONS À FAIRE REMPLIR PAR TES PARENTS   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 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 ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ?<br>(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.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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.

**ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A TOUTES LES QUESTIONS DU QS SPORT MINEURS**

(à remplir par les personnes exerçant l'autorité parentale sur le sportif mineur)

Je soussigné(e) : .....exerçant l'autorité parentale sur ..... [Nom - Prénom]

N° de licence : .....

Nom du Club : .....

Demeurant : .....

.....

..... [Adresse complète]

**Atteste sur l'honneur :**

- Que toutes les questions du QS Sport Mineurs, dont le contenu est précisé à l'Annexe II-23 (A.231-3) du code du sport donnent lieu à une réponse négative

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à ..... [Ville] le ..... [date]

Signature de la personne  
exerçant l'autorité parentale