



Saison 2023-2024

Candidature pour l'adhésion à la section suivante :

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ATHLETISME | <input type="checkbox"/> HATHA-YOGA | <input type="checkbox"/> BOXE ANGLAISE (<input type="checkbox"/> DÉBUTANT <input type="checkbox"/> CONFIRMÉ) |
| <input type="checkbox"/> BADMINTON | <input type="checkbox"/> VOLLEY BALL | <input type="checkbox"/> ESCRIME (<input type="checkbox"/> FLEURET <input type="checkbox"/> SABRE) |
| <input type="checkbox"/> FITNESS | <input type="checkbox"/> WATER-POLO | <input type="checkbox"/> NATATION <input type="checkbox"/> AQUA-GYM |
| <input type="checkbox"/> DANSE (Saussure) | <input type="checkbox"/> ZUMBA | <input type="checkbox"/> TENNIS (<input type="checkbox"/> ÉBLÉ <input type="checkbox"/> SAUSSURE) |
| <input type="checkbox"/> JUDO (<input type="checkbox"/> ÉBLÉ <input type="checkbox"/> STANISLAS <input type="checkbox"/> ALSACIENNE) | | |

Informations Personnelles

Masculin Féminin



Fournir
1 photo
d'identité

Nom :
Prénom :
Nationalité :
Date de naissance : / / Lieu :
Téléphone mobile : Domicile :
Adresse :
Code Postal : Ville :
E-mail :

Pour les mineurs

Représenté(e) par : Père Mère Autre (à préciser) :
Nom : Prénom :
Tél : Tél professionnel :
E-mail 1 :
E-mail 2 :

En cas d'urgence la personne à prévenir est :

Mme : Tél :
M. : Tél :

• Je joins à la présente demande un certificat médical* de non-contre-indication à la pratique de ma discipline (en compétition si nécessaire), datant de moins de 3 mois, uniquement pour les adultes (*Escrime – daté au plus tôt du 1^{er} septembre 2023)

• Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'adhésion*. (*disponible sur demande à l'accueil du Site Sportif Eblé)

Je déclare accepter que mon image et/ou mon nom et/ou ma voix, et/ou ceux de l'enfant mineur dont je suis le représentant légal soient gracieusement captés, enregistrés, filmés, photographiés, ensemble ou séparément, par le Racing Club de France, dans le cadre de ma/ma participation aux activités du Racing Club de France. J'autorise, également le Racing Club de France à utiliser, reproduire, représenter, mettre à la disposition du public gracieusement, les images, nom, voix ainsi captés, ensemble ou séparément, dans le monde entier et pendant toute la durée des droits de propriété intellectuelle afférents aux supports de fixation de l'image et/ou du son ainsi réalisés, à des fins d'illustrations du site Internet, de tout autre support de communication du Racing Club de France ou de support de communication de tiers (journaux, TV et radios), autorisés par le Racing Club de France.

J'accepte que mes informations soient utilisées pour de la prospection commerciale.

Je m'oppose à ce que mes coordonnées postales et/ou mon numéro de téléphone soient transmis aux partenaires [lien vers la liste des partenaires] de la société X à des fins de prospection commerciale par courrier postal et/ou par téléphone.

À le

Signature du demandeur
Et, pour les mineurs, de son représentant légal

L'Association Racing Club de France

Conditions d'adhésion

Je reconnais avoir pris connaissance et m'engage à respecter, en tous points, les statuts de l'Association, son règlement intérieur, le règlement de ma section ainsi que les règlements intérieurs et les règlements particuliers des sites sportifs de l'Association. Les lieux et infrastructures de pratique de ma discipline ainsi que les différentes activités proposées par ma section me seront précisés ultérieurement.

Je suis adhérent(e) pour la saison sportive 2023-2024 et mon site sportif de rattachement est la rue Éblé ou la Rue de Saussure. Le montant de ma cotisation est précisé dans la grille de cotisation et doit être versé concomitamment à la présente demande d'adhésion. Il est rappelé qu'en toute hypothèse les cotisations sont définitivement acquises à l'Association, quelle que soit la date de la démission ou radiation.

En signant ce bulletin, j'autorise l'Association Racing Club de France à utiliser les données personnelles me concernant, ou concernant l'enfant dont je suis le représentant légal, et recueillies dans le présent bulletin, pour la gestion de mon adhésion ou celle de l'enfant dont je suis le représentant légal. Elles sont enregistrées dans un fichier établi, tenu à jour et exploité par l'Association Racing Club de France, principalement pour permettre l'accès au Site et gérer l'organisation administrative, comptable et fonctionnelle de l'Association (par la tenue d'un annuaire par exemple), ainsi que pour permettre l'envoi d'informations notamment commerciales. Les destinataires des données sont l'Association Racing Club de France, ainsi que le cas échéant hors Union Européenne.

Conformément aux articles 39 et 40 de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la Loi n°2004-801, du 6 août 2004, je dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ces données. Ce droit s'exercera par écrit auprès de l'Association Racing Club de France à l'adresse suivante : 5 rue Éblé 75007 Paris.

Ce bulletin d'adhésion doit être retourné, complété et signé, en deux exemplaires originaux, accompagné des pièces demandées (certificat médical, chèque correspondant au montant de la cotisation, une photo d'identité, ainsi que les autres éléments requis par la section souhaitée) à la secrétaire de la section, à l'adresse suivante : Association Racing Club de France, 5 rue Éblé 75007 Paris ou 154 rue de Saussure 75017 Paris.

Indisponibilité temporaire des espaces, installations et équipements

Les sites de la rue Éblé et de la rue de Saussure, sur lesquels l'Association Racing Club de France développe ses activités, peuvent hypothétiquement réaliser des travaux importants de rénovation et de réhabilitation des installations ou se trouver dans l'obligation de fermer et de cesser temporairement leurs activités pour des contraintes externes.

À cet effet, je déclare être informé(e) du fait que certaines activités ou séances d'activités de l'Association Racing Club de France pourront être ponctuellement annulées au cours de la saison sportive, et ce, notamment, en cas : de fermeture du site pour des raisons de sécurité, d'entretien journalier ou périodique ou de fermeture annuelle ; en cas d'indisponibilité exceptionnelle des installations du Site, en raison de la réalisation de travaux entrepris par l'Association Racing Club de France ou des contraintes externes.

Dans cette hypothèse, l'Association s'engage à faire ses meilleurs efforts pour m'en informer préalablement par tous moyens, notamment par voie d'affichage sur le site.

Eu égard à la structure associative du club, financée par le seul produit de ces cotisations, sans but lucratif, les cotisations versées, dans tous les cas de figure, sont définitivement acquises au club, sans faire l'objet de remboursement.

Assurances

Par ailleurs, je déclare être informé(e) par l'Association du fait que celle-ci a souscrit un contrat d'assurance de personnes

(Contrats AXA n° Contrat n-6727179904) couvrant, dans certaines conditions, les dommages auxquels ma pratique peut m'exposer à l'occasion des compétitions ou des entraînements organisés par l'Association ou auxquels elle participe et auxquels je prends part. Les garanties offertes par cette assurance sont récapitulées dans le tableau ci-dessous, le secrétariat de la section tenant à ma disposition une notice d'information complète et détaillée.

Garantie Individuelle Accident

Limite de garantie

Franchises

	Limite de garantie	Franchises
Décès : Personnes assurées âgées de plus de 18 ans : Personnes assurées âgées de moins de 18 ans :	31,000€ 15,500€	Néant
Infirmité permanente totale : Capitale réductible en cas d'infirmité permanente	31,000€	7% d'IPP
Incapacité Temporaire Incapacité Temporaire (Versement d'une indemnité journalière professionnelle à compter du 9 ^e jour de travail et pendant 365 jours au maximum) Incapacité Temporaire	À concurrence de 45.73€ par jour de 30.49€ par jour	À concurrence 9 jours 9 jours
Frais médicaux suite à un accident : (Forfait hospitalier compris à partir du 15 ^e me jour d'hospitalisation)	200% tarif de responsabilité conventionnel	14 jours d'hospitalisation

* Sous réserve de modifications lors du renouvellement des polices d'assurance.

Nota bene : le retour de ce bulletin d'adhésion au demandeur, signé en original par l'Association, marquera l'accord de cette dernière à l'adhésion du demandeur (sous réserve en particulier, outre de son admission, de l'encaissement de la cotisation et de la remise du certificat médical). **Le demandeur deviendra adhérent de l'Association à compter de la date d'adhésion figurant sur le bulletin qui lui aura été retourné. Aucune pratique sportive n'est autorisée sans le retour de ce bulletin.**

Type : Nouvelle licence Renouvellement Transfert - Nom du club : _____
 J'ai déjà un IUF (Identifiant Unique Fédéral) :

INFORMATIONS PERSONNELLES DU LICENCIÉ

Nom : _____ Prénom : _____
 Nationalité : _____ Sexe (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-mailings d'information de la FFN, Ligue, Comité et les E-mailings 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		COMPETITION		ENCADREMENT	
Natation	<input type="checkbox"/>	Natation (1)	<input type="checkbox"/>	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. À 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 3 <input type="checkbox"/>	
Natation artistique	<input type="checkbox"/>	Natation Artistique (1)	<input type="checkbox"/>		
Plongeon	<input type="checkbox"/>	Plongeon (1)	<input type="checkbox"/>	Entraineur Officiel Natation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Président <input type="checkbox"/> Natation artistique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Secrétaire Général <input type="checkbox"/> Plongeon <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trésorier <input type="checkbox"/> Water-Polo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre Dirigeant <input type="checkbox"/> Eau-Libre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Nagez Forme Santé <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nagez Forme Bien-être <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Water-Polo	<input type="checkbox"/>	Water-Polo	<input type="checkbox"/>		
Eau-Libre	<input type="checkbox"/>	Eau libre (1)	<input type="checkbox"/>		
Nagez Forme Santé	<input type="checkbox"/>	Eau libre promotionnelle(2)	<input type="checkbox"/>		
Nagez Forme Bien-être	<input type="checkbox"/>				
<small> Pour participer à la tournée «AQUA CHALLENGER» et aux championnats d'eau libre hors championnat de France Le certificat médical fourni doit exprimer explicitement l'absence de contre-indication à la pratique de la natation en compétition </small>		<small> (1) Comprenant la catégorie des maîtres (2) Ne pouvant pas participer aux championnats de France </small>			
OPERATION MINISTERIELLE					
J'apprends à nager / Aisance aquatique <input type="checkbox"/>					

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)
- 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 : 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.

Fait à _____

Le _____

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 l'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)		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<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		
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		
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 ? (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