



# SAISON SPORTIVE 2023-2024

## Dossier d'Inscription



### Coordonnées :

NOM:..... PRENOM :.....  
SEXE :  M  F DATE DE NAISSANCE :..... NATIONALITE : .....  
ADRESSE:.....  
CODE POSTAL: ..... VILLE : .....  
COORDONNEES (du licencié majeur ou des parents si le licencié est mineur) :  
• FIXE:.....  LISTE ROUGE  
• PORTABLE 1 : ..... PORTABLE 2 :.....  
• ADRESSE MAIL 1 (très important):.....  
• ADRESSE MAIL 2:.....  
COORDONNEES (du licencié s'il est mineur) :  
• PORTABLE :.....  
• ADRESSE MAIL:.....

Licencié au CJF natation la saison dernière : Oui / Non

### Groupe intégré :

Apprentissage : Mardi 17h  
Mercredi 11h45 - 12h25 - 13h05 - 13h45  
Natation Sportive : SN Lundi/Mercredi - PSE Lundi/Mercredi - PC - Groupe Compétition  
Natation Artistique  
Natation Loisir : Mardi / Mercredi / Adultes  
Aquagym : Mardi / Mercredi

Nombre d'adhésions total au CJF Natation dans votre famille pour la saison à venir : .....

Si plusieurs adhésions préciser sur quel dossier figure le règlement : .....

### Règlement par :

**Chèque :** Montant : .... / Nombre : ..... / Nom du propriétaire du chèque : .....  
**Espèces :** Montant : ....  
**Ticket CAF :** Montant : .... / Nombre : .....  
**Chèques Vacances :** Montant : .... / Nombre : ..... / Nom du propriétaire du chèque : .....  
**Coupon Sport :** Montant : .... / Nombre : ..... / Nom du propriétaire du coupon : .....

Besoin d'une attestation CE : Oui / Non

### Remarque :

Le CJF Natation peut être amené à réaliser des prises de vue dans le cadre de la participation aux activités et aux manifestations organisées par le club.

Le club s'engage à ne pas diffuser de prises de vues dégradantes et retirera toute prise de vue sur simple demande.

Via la signature de ce dossier d'inscription :

- Vous consentez à ce que le CJF Natation publie ces prises de vues sur le site du CJF Natation.
- Vous autorisez le CJF Natation à stocker et traiter les données personnelles soumises lors de votre demande d'inscription pour la bonne gestion de votre adhésion au club.

Signature :

## AUTORISATION DE TRANSPORT

(A remplir obligatoirement si mineur)

Je soussigné(e) le responsable légal M ou Mme (Nom Prénom).....  
Autorise le CJF Natation à transporter mon enfant (Nom et Prénom).....  
Avec les véhicules du club, avec le véhicule d'un tiers ou avec un véhicule de location

Fait à ....., le .....

Signature du/des parents :

---

## AUTORISATION PARENTALE DE CONTROLES ANTIDOPAGE SANGUINS

A remplir uniquement pour les nageurs en cursus compétition

Code du sport article 232-52 entré en vigueur le 16 janvier  
2011 Obligation pour l'athlète contrôlé de devoir justifier de  
son identité

Si le sportif contrôlé est un mineur ou un majeur protégé, tout prélèvement nécessitant une technique invasive, notamment un prélèvement de sang, ne peut être effectué qu'au vu d'une autorisation écrite de la ou des personnes investies de l'autorité parentale ou du représentant légal de l'intéressé remise lors de la prise ou du renouvellement de la licence. L'absence d'autorisation est constitutive d'un refus de se soumettre aux mesures de contrôle.

### Je soussigné(e) le responsable légal M ou Mme

Nom Prénom .....

Adresse ..... Code postal..... Ville.....

Téléphone fixe ..... Portable..... E-mail.....

### autorise l'enfant

Nom et Prénom.....Date de naissance.....Discipline.....

**À subir des contrôles antidopage dans le cadre de son activité sportive de licencié(e) de la fédération française de natation**

Fait à ..... le .....

Signature du/des parent(s)

Précédé de la mention « Lu et approuvé »

Signature de l'intéressé

Précédé de la mention « Lu et approuvé »

---

## AUTORISATION MEDICALE PARENTALE

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, ils 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) le responsable légal M ou Mme

Nom Prénom.....

Adresse.....Code postal ..... Ville.....

Téléphonefixe..... Portable.....E-mail.....

**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 et Prénom.....Date de naissance : .....

N° Sécurité Social : .....

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :** .....

Fait à ..... Le.....

Signature du/des parents

Précédé de la mention « Lu et approuvé »