

*À compléter dans tous les cas de prise en charge
Toute rature, surcharge ou omission sur ce document entraînera le retour du dossier et le retard de l'inscription.
L'attestation de prise en charge doit être remplie par l'employeur ou la personne le représentant.*

Renseignements Employeur

Forme juridique :

Nom structure :

Numéro SIRET :

Code APE :

Nom et Prénom du responsable de la structure :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Contact pour la facturation

Nom et Prénom :

Téléphone :

Courriel :

La structure s'engage à régler à la LIGUE/ERFAN Centre Val de Loire

La formation intitulée :

Du ou des stagiaires (Nom et prénom) :

Pour un montant total de *(indiquer la somme en toutes lettres)* :

À

Le

Date, cachet et signature employeur

SECTEUR PUBLIC

Veuillez fournir un bon de commande comprenant les renseignements indispensables pour le paiement par CHORUS PRO.

SECTEUR PRIVE

Nom de l'OPCO :

À l'égard de Ligue Natation CVL Centre de formation des Activités de la Natation ERFAN, l'employeur reconnaît être débiteur en dernier ressort du coût de l'inscription (qu'il s'engage à régler en signant la présente attestation), dans l'hypothèse où l'OPCO n'assurerait pas tout ou partie de son financement, notamment dans le cas d'une assiduité discontinuée ou incomplète du stagiaire. Le paiement de la totalité des droits d'inscription, non encore acquittés six mois après l'action de formation, sera réclamé au réel débiteur.

ENTRE : L'organisme de formation : **Ligue FFN / ERFAN Centre Val de Loire**

Résidence Archimède Bureaux 11 avenue du Président John Kennedy 45100 ORLEANS LA SOURCE
Déclaré auprès de la DRDTEF sous le n° 24 45 02 095 45 - Siret n° 400 663 522 00037 - Code APE/NAF 9312Z
Représenté par la Responsable de formation : **Madame JOURDAIN Magali**, d'une part,

ET : L'employeur :

Adresse :

Code postal : Ville :

Représenté par (nom prénom) :

Téléphone : Mail :

En application du Livre IX du Code du travail sur la formation continue et particulièrement les articles L-980-1 et suivants, il a été conclu la convention suivante :

Article 1^{er} : Objet

La ligue Natation/ ERFAN Centre Val de Loire, organise l'action de formation dont les caractéristiques sont les suivantes :

Qualification visée :	Formation continue
Dates de la formation :	1 AVRIL 2025
Durée de la formation :	7 heures

Article 2 : Engagement de participation

L'employeur mentionné ci-dessus s'engage à assurer la présence d'un (des) participants aux dates, lieux et heures prévus ci-dessus :

Nom et prénom du stagiaire pris en charge :

Article 3 : Caractéristiques de l'action de formation

L'action de formation a pour objectif de d'informer et de mettre à jour les connaissances dans le domaine du sport santé. Le nombre de total de participants à cette action de formation ne pourra excéder 25 personnes. Une attestation mentionnant les objectifs, la nature et la durée de l'action et les résultats de l'évaluation des acquis de la formation sera remise au stagiaire à l'issue de la formation.

Article 4 : Dispositions financières

Le coût de la formation, objet du présent contrat, s'élève à **96€ TTC** (frais pédagogiques ; Cette somme couvre l'intégralité des frais engagés par la ligue FFN Centre Val de Loire / ERFAN pour cette action de formation.

Au regard des dispositions fixées par la législation FFN Centre Val de Loire/ ERFAN n'est pas soumis à la TVA.

Pour toute prise en charge par un organisme extérieur (OPCO ou autre), le bénéficiaire fournira une attestation de prise en charge éditée par l'organisme financeur. La participation restant à la charge du bénéficiaire sera calculée après déduction des aides éventuelles des organismes financeurs.

L'employeur mentionné ci-dessus s'engage à prendre en charge les frais de réalisation de cette action de formation selon la situation suivante (*1 seule case à cocher*) :

sur ses fonds propres

Les frais de formation seront facturés à l'employeur qui s'engage à régler la totalité de la facture dès réception de celle-ci.
Ou

via un OPCO

Nom et adresse de l'OPCO :

Si avant le démarrage de la formation, veuillez transmettre l'accord de demande de prise en charge de formation.

Article 5 : Suivi de l'exécution de l'action de formation

La ligue FFN Centre Val de Loire / ERFAN, en contre partie des sommes reçues, s'engage à réaliser toutes les actions prévues dans le cadre de la présente convention et, le cas échéant, ses annexes, et à fournir tout document et pièce de nature à justifier la réalité et la validité des dépenses de formation engagées à ce titre.

Les justificatifs de suivi de la formation peuvent se présenter sous la forme d'une feuille de présence signée prévue à l'article 7 de la présente convention et/ou à l'aide de documents tels que rapports, mémoires ou compte rendu et/ou attestation de présence réalisée par FFN Centre Val de Loire / ERFAN.

Article 6 : Organisation de l'action de formation

La formation « Préparation mentale » organisée de la façon suivante :

- Connaître les capacités neurologiques du cerveau humain
- Repérer les perturbateurs de la motivation (le stress, les mauvaises habitudes de communication)
- Permettre aux entraîneur.se.s de créer des environnements affectifs et psychologiques optimaux pour faciliter l'engagement des athlètes.

Les moyens pédagogiques et techniques utilisés au cours de la formation peuvent comprendre :

- De la documentation
- Du matériel pédagogique et technique (audio-visuel, informatique...)
- L'utilisation de salles et d'installations techniques adaptées aux objectifs visés.

Article 7 : Assiduité

Le stagiaire est tenu au respect des horaires et consignes de sécurité en vigueur au sein de FFN Centre Val de Loire / ERFAN. Le stagiaire s'engage à être présent durant toutes les périodes de formation. Toutefois, en cas d'éventuelle absence, il est tenu d'informer FFN Centre Val de Loire / ERFAN par courrier.

Les feuilles d'émargement sont obligatoirement visées par demi-journée de présence, d'une part par le stagiaire et d'autre part par le formateur ou le responsable de FFN Centre Val de Loire/ ERFAN.

Article 8 : Dédit ou abandon

En cas d'absence ponctuelle ou partielle du stagiaire qu'elle qu'en soit la cause, d'abandon ou de cessation anticipée de la formation pour tout autre motif que la force majeure dûment reconnue par la législation en vigueur, les frais de formation seront dus en totalité.

En cas de cessation anticipée de la formation du fait de FFN Centre Val de Loire/ ERFAN ou d'abandon de la formation par le stagiaire par suite de force majeure dûment reconnue par la législation en vigueur, la présente convention sera résiliée. Seules les prestations effectivement dispensées seront dues au prorata temporise de leur valeur prévue dans la présente convention.

En cas de résiliation de la convention de formation par le bénéficiaire à moins de 15 jours francs du début de la formation, FFN Centre Val de Loire / ERFAN sera fondée à retenir les sommes effectivement dépensées ou engagées pour la mise en œuvre de celle-ci.

Article 9 : Cas de différend

Les signataires conviennent de régler à l'amiable les difficultés ayant pour origine l'exécution de la convention.

Si toutefois une telle procédure ne permettait pas de parvenir à un accord, le litige serait soumis à l'appréciation du Tribunal Administratif compétent.

Fait à, le

Vous devez cocher obligatoirement une seule case à l'article 4 avant de retourner la convention visée.

Cachet et signature de l'employeur

Responsable de la formation ERFAN Centre Val de Loire



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	COMPÉTITION	ENCADREMENT																																
Natation <input type="checkbox"/> Natation artistique <input type="checkbox"/> Plongeon <input type="checkbox"/> Water-Polo <input type="checkbox"/> Eau-Libre <input type="checkbox"/> Nagez Forme Santé <input type="checkbox"/> Nagez Forme Bien-être <input type="checkbox"/>	Natation ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Natation Artistique ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Plongeon ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Water-Polo <input type="checkbox"/> Eau libre ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Eau libre promotionnelle ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> <small>⁽¹⁾ Comportant la catégorie des maîtres ⁽²⁾ Ne pouvant pas participer aux championnats de France</small>	Contrôle d'honorabilité obligatoire <i>J'exerce des fonctions d'éducateur sportif, de juge, d'arbitre, d'exploitant d'établissement d'activités physiques et sportives susceptibles 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.</i> J'ai compris, j'accepte ce contrôle et je m'engage à remplir le formulaire spécifique d'honorabilité situé en page 4 <input type="checkbox"/>																																
		<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="color: white;">Entraîneur</th> <th style="color: white;">Officiel</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Natation <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Président <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Natation artistique <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Secrétaire Général..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Plongeon <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Trésorier..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Water-Polo <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Autre Dirigeant <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eau-Libre <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Bénévole <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nagez Forme Santé <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nagez Forme Bien-être <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Entraîneur	Officiel		Natation <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Président <input type="checkbox"/>	Natation artistique <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secrétaire Général..... <input type="checkbox"/>	Plongeon <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trésorier..... <input type="checkbox"/>	Water-Polo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre Dirigeant <input type="checkbox"/>	Eau-Libre <input type="checkbox"/>	<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"/>		
	Entraîneur	Officiel																																
Natation <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Président <input type="checkbox"/>																															
Natation artistique <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secrétaire Général..... <input type="checkbox"/>																															
Plongeon <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trésorier..... <input type="checkbox"/>																															
Water-Polo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre Dirigeant <input type="checkbox"/>																															
Eau-Libre <input type="checkbox"/>	<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"/>																																	

Le soussigné atteste sur l'honneur, avoir répondu NON à toutes les questions du **QS - FFN Majeurs** dont le contenu est précisé en page 5
 Lorsqu'une réponse au QS - Majeurs est un **OUI**, un certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport de moins de six mois est exigé..

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)

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

LICENCIÉ

La licence que je sollicite me permet d'accéder aux 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 et/ou aux fonctions d'arbitre au sens de l'article L.223-1 du code du sport.

A ce titre, les éléments constitutifs de mon identité seront transmis par la fédération 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.

Dans l'hypothèse où le contrôle mettrait en évidence une condamnation incompatible avec les fonctions exercées, une notification me sera adressée, ainsi qu'à la fédération et au club au sein duquel j'exerce comme éducateur ou exploitant ou arbitre. Je serai alors dans l'obligation de quitter mes fonctions. A défaut, une sanction pénale pourra être prononcée en application des articles L. 212-10 et L. 322-4 du code du sport.

J'ai compris l'objet de ce contrôle

Licencié

Nom de naissance : Prénom de naissance :

Nom d'usage : Prénom d'usage :

Vous êtes né(e) en France

Département de naissance : [][][][] Commune de naissance : |

Vous êtes né(e) à l'étranger

Arrondissement
(si besoin)

Pays de naissance : Commune de naissance :

Nom de la mère * : Prénom de la mère* :

Nom du père* : Prénom du père* :

* données facultatives, elles vous seront potentiellement demandées en cas de retour AIA (Aucune Identité Applicable), c'est-à-dire si l'identité transmise n'est pas identique à celle qui figure au Répertoire National de l'Identité des Personnes Physiques (RNIPP) et qu'il n'est pas possible d'opérer un croisement avec le FIJAIS.

SIGNATURE

Fait à

Le

LICENCIE



(le représentant légal pour les majeurs protégés)

Validé par le Cercle de Compétences Médical de la FFN

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 cause cardiaque ou inexplicée ?	<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 un 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"/>
A 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>		

La FFN met tout en œuvre pour rédiger des documents conformes au droit en vigueur. Ils ne constituent pas à eux seuls un avis professionnel ou juridique. L'utilisation de ces documents ne saurait engager la responsabilité de la FFN.

104 rue Martre – CS 70052- 92583 CLICHY Cedex
Tél. 01 41 83 87 70 – Fax. 01 41 83 87 69 * E-mail : ffn@ffnatation.fr

Type de Licence	Fournir une attestation du renseignement du questionnaire de santé	Fournir un certificat médical d'absence de contre-indication
Toutes les licences - Compétition - Natation pour tous - Encadrement - Eau libre promotionnelle	Si réponse « NON » à toutes les questions du QS Sports – Majeurs 	NON
	Si une réponse « OUI » à une question du QS Sports - Majeurs 	OUI
Compétitions en eau Froide / glacé	Fournir un certificat médical de moins de 6 mois + ECG	

ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE A TOUTES LES QUESTIONS DU QS - FFN MAJEURS

(à remplir par le licencié demandant le renouvellement de sa licence ou son représentant légal s'il s'agit d'un majeur protégé)

Je soussigné(e) : [Nom - Prénom]

Nom du Club :

Demeurant :

..... [Adresse complète]

Atteste sur l'honneur :

- Avoir répondu NON à toutes les questions du QS - FFN Majeurs.
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 [Ville] le [date]

Signature du licencié
(ou de son responsable légal s'il s'agit d'un majeur protégé)