

BULLETIN D'ADHÉSION

SAISON 20

Homme Femme

Nom :

Prénom :

N° licence FFCK :

Né(e) le : / / à

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Portable :

Courriel :

Type de licence :

Loisir

ou

Compétition

Certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la **pratique du CK** et de ses disciplines associées (**ou autre APS**) en loisirs

Questionnaire de santé (si dernier certificat médical fournis date de moins de 3ans)

Certificat médical attestant l'absence de signe clinique apparent contre-indiquant la **pratique du CK** et de ses disciplines associées **en compétition dans sa catégorie d'âge**

Questionnaire de santé (si dernier certificat médical fournis date de moins de 3ans)

Personne à prévenir en cas d'urgence:

Nom/Prénom N° Téléphone

Adresse

- **J'atteste** que je suis **apte à nager au moins 25m** et à **m'immerger**.
- **J'autorise** le représentant du club à prendre, le cas échéant, toutes les mesures utiles pour une intervention médico-chirurgicale d'urgence.
- **J'atteste** avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance ainsi que de la possibilité de souscrire une garantie complémentaire I. A. Sport+
- **Je souhaite** souscrire la garantie I. A. Sport+ qui se substituera, en cas d'accident corporel, à la garantie de base de la licence. J'intègre la cotisation complémentaire de **11,12€** pour la saison 20 au règlement de ma cotisation club. J'ai bien noté que la garantie I. A. Sport+ serait acquise à compter de la date de souscription jusqu'à la fin de période de validité de ma licence.
- **Je ne souhaite pas** souscrire cette garantie
- Je reconnais avoir **pris connaissance du règlement intérieur**.
- **J'autorise** la diffusion sur le site de l'association des photographies prises dans le cadre des activités du club. Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom. (www.facebook.com/kayak.terredecamargue)

Date et signature précédées de la mention " lu et approuvé "

Cadre réservé au secrétariat

Licence : 3 mois
 Annuelle

Catégorie :

P / B / M / C / J / S / V

Certificat médical ou questionnaire

Année du dernier CM fourni :

Montant réglé :€

Chèque

Nom :

Banque :

N° :

Autre mode de paiement

Saisie le/...../.....

Renouvellement automatique

Autorisation pour les mineurs:

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame demande l'inscription de mon enfant au Kayak Club Terre de Camargue et :

-**Autorise** mon enfant à participer aux sorties organisées dans le cadre de l'entraînement ou de la compétition.

-**Atteste** que mon enfant est **apte à nager au moins 25m** et à **s'immerger**.

-**Atteste** avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance ainsi que de la possibilité de souscrire une garantie complémentaire I. A. Sport+.

Je souhaite souscrire la garantie I. A. Sport+ pour mon enfant qui se substituera, en cas d'accident corporel, à la garantie de base de la licence. J'intègre la cotisation complémentaire de **11,72€** pour la saison 20 au règlement de ma cotisation club. J'ai bien noté que la garantie I. A. Sport+ serait acquise à compter de la date de souscription jusqu'à la fin de période de validité de ma licence.

Je ne souhaite pas souscrire cette garantie pour mon enfant.

-**Autorise** le représentant du club à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une intervention médico-chirurgicale d'urgence.

-**Autorise**, dans le cadre du programme de lutte contre le dopage, les médecins « Agent de Contrôle du Dopage » à contrôler l'enfant ci-dessus grâce aux moyens de dépistage en vigueur y compris par voie de prélèvement sanguin.

-**Autorise** la diffusion sur le site de l'association des photographies de mon enfant prises dans le cadre des activités du club. Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom.(www.facebook.com/kayak.terredecamargue).

Date et signature du tuteur légal précédées de la mention " lu et approuvé "

Autorisation spéciale de navigation:

Cette disposition ne s'adresse qu'aux athlètes ayant un projet sportif de niveau national. Il s'entend par niveau national, ayant déjà participé à un championnat de France.

Ces séances se feront avec l'accord de l'entraîneur et exclusivement sur les canaux.

Les règles de sécurité et du règlement intérieur du club devront être strictement respectées (téléphone, cahier de sortie, pagaie verte, fiche d'objectif remplie...).

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame autorise mon enfant à accéder au club dans le but de réaliser des séances de navigation en autonomie.

Date et signature du tuteur légal précédées de la mention " lu et approuvé "

Date et signature de l'athlète précédées de la mention " lu et approuvé "

Date et signature de l'entraîneur précédées de la mention " lu et approuvé "



CERTIFICAT MÉDICAL ^(*) ANNUEL PRÉALABLE A LA PRATIQUE DU CANOË KAYAK ET DE SES DISCIPLINES ASSOCIÉES ^(**)

Je soussigné, Docteur

(en lettres capitales ou cachet)

exerçant à

certifie avoir examiné

M.....

demeurant à

.....

appartenant à l'association sportive Kayak Club Terre de Camargue–Le Grau du Roi et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique :

(rayer la mention inutile)

- du canoë kayak et de ses disciplines associées (ou autre activité physique et sportive / APS) en loisirs
- du canoë kayak et de ses disciplines associées en compétition et dans sa catégorie d'âge (préciser) :
- de l'arbitrage sportif

A le/...../.....

Signature et tampon du médecin

N.B. – Lorsque le médecin ne reconnaîtra aucune aptitude au consultant, il ne délivrera pas de certificat.

* Ce modèle de certificat a été établi en référence au modèle officiel du contrôle médico-sportif (CMS 79-1)

** en référence à la liste des activités pour lesquelles la fédération française de canoë kayak a reçu délégation du ministère de la jeunesse des sports et de la vie associative.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS – SPORT » Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

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>		

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

Attestation santé pour le renouvellement d'une licence sportive FFCK*

Nom et prénom de l'adhérent :

Numéro de licence de l'adhérent :

Je, soussigné.e., atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé ci-dessus.

À , le

Signature du pratiquant ou de son représentant légal

*(ATTESTATION à remettre au club)