

Fiche d'inscription pour les adultes

Nom Prénom _____ P H PF _____

Date de naissance _____ Tél. _____

Lieu de naissance _____ Dép. _____

Adresse _____ Nationalité _____

Code postal _____ Ville _____

Adresse Courriel _____ @ _____

- J'atteste être apte à **nager au moins 25 m** sans m'arrêter et **pouvoir m'immerger sans paniquer**.
- J'autorise le représentant du club à prendre, le cas échéant, toutes les mesures utiles pour une intervention **médico-chirurgicale d'urgence**.
- J'autorise la diffusion sur le site et la page Facebook du club des **photographies** prises dans le cadre des activités du club, conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom.
- Je reconnais avoir pris connaissance de l'option d'assurance I.A. Sport + proposée par la Maif/FFCK.
- Par cette adhésion, sans coût supplémentaire, **je deviens également membre actif** de l'association Le Pilalo qui gère le gîte, dont le CNP est propriétaire des murs : les revenus du gîte sont versés au CNP.

Fait à _____ le ____ / ____ / ____ signature + mention "lu et approuvé"

Cotisation d'adhésion

| IMPORTANT : Cocher la case de votre choix | | |
|--|---|----------|
| <input type="checkbox"/> | Licence compétition (cotisation FFCK 60€) | 130,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Licence loisir (cotisation FFCK 55€) | 100,00 € |
| <input type="checkbox"/> | Licence 3 mois (cotisation FFCK 20€) | 40,00 € |
| Réduction famille (-10€ par adhésion à partir de la 2ème adhésion) | | |
| <input type="checkbox"/> | Je choisis la garantie I.A.Sport + (FFCK/Maif) | 11,34 € |
| <input type="checkbox"/> | OU Je refuse la garantie I.A. Sport + (FFCK/Maif) | 0,00 € |
| Total à régler | | _____ |
| Solidarité : pour les familles en grandes difficultés, mise en place d'aides | | |
| Règlement par chèque à l'ordre du CNP en une ou plusieurs fois | | |



Pour la garantie I.A. Sport + de la FFCK/Maif
Voir le document :
[INFO_ADHERENTS_FFCK_](#)

Personnes à contacter – Renseignements médicaux

Cette fiche est conservée par le responsable de chaque sortie à laquelle participe le pratiquant

Pratiquant (nom)

(Prénom)

Personnes à contacter

1ère personne

Tél.

Relation (conjoint, père, mère, oncle, grand-parent ...)

2e personne

Tél.

Relation (conjoint, père, mère, oncle, grand-parent ...)

3e personne

Tél.

Relation (conjoint, père, mère, oncle, grand-parent ...)

Renseignements médicaux

Hôpital/clinique de votre choix

Nom du médecin traitant

Son tél

Allergies/antécédents médicaux

Cadre réservé au Club

Mineur

Encadrement club

Pagaie Blanche

Adulte

Certificat médical

Pagaie Jaune

Compétition

Loisir uniquement

Pagaie Verte

Juge de portes

Pagaie Bleue

Licence N° :

Pagaie Noire

QUESTIONNAIRE DE SANTE « 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 | | |
| Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ? | | |
| Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | | |
| Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | | |
| Avez-vous eu une perte de connaissance ? | | |
| 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 ? | | |
| Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | | |
| A ce jour | | |
| 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 ? | | |
| Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | | |
| Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | | |
| *NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié | | |
| Si vous avez répondu NON à toutes les questions : | | |
| Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la FFCK 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.

Fait à _____, le _____

Signature du pratiquant ou de son représentant légal