

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 64€)	140€
<input type="checkbox"/>	Licence loisirs (cotisation FFCK 56€)	110€
<input type="checkbox"/>	Licence 3 mois (cotisation FFCK 20€)	45€
Réduction famille (-10€ par adhésion à partir de la 2^{ème} adhésion)		
<input type="checkbox"/>	Je choisis la garantie I.A.Sport + (FFCK/Maif)	11,34€
<input type="checkbox"/>	Je refuse la garantie I.A.Sport + (FFCK/Maif)	0€
<input type="checkbox"/>	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