

Fiche d'inscription pour les Jeunes

Nom Prénom _____ P H P F _____

Date de naissance _____ Tél. _____

Date de naissance _____ Tél. _____

Adresse _____ Nationalité _____

Code postal _____ Ville _____

Adresse Courriel _____ @ _____

Je soussigné, Mme/Mr. _____
représentante) légal(e) du mineur, demande son inscription au Club Nautique de la Platière.

- J'**autorise** celui-ci à **participer aux sorties** organisées pour l'entraînement et les compétitions.
- J'**atteste** qu'il est apte à **nager au moins 25 m** sans s'arrêter et qu'il **peut s'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**.
- Je **reconnais** avoir pris connaissance de l'option d'assurance I.A. Sport + proposée par la Maif/FFCK.
- 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.

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 42€)	115€
<input type="checkbox"/>	Licence loisirs (cotisation FFCK (22€)	100€
<input type="checkbox"/>	Licence 3 mois (cotisation FFCK 10€)	35€
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€
	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_11-2023

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