FICHE D'INSCRIPTION SAISON 2020-2021

Nom : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Prénom : _

Date de naissance :_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ N° de licence : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Adresse : _

Code postal : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Ville : _

Téléphone domicile : _

Téléphone portable adhérent : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 2ème Portable : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Mail adhérent (obligatoire): _

Mail 2 : _

Adhésion

☐ Renouvellement licence Cadet2 (U18) (né en 2005) à Vétéran du 1er jan 2021 au 31 déc 2021 : 170 €
☐ Renouvellement licence Poussin à Cadet1 (U15) (né en 2006) du 1er jan 2021 au 31 déc 2021 : 160 €
☐ Licence découverte/débutants – première licence FFCK du 1er sept 2020 au 31 déc 2021 : 160 €
☐ Adhésion à l'association – pour les kayakistes déjà licenciés dans un autre club : 90 €

Réduction de 15 euros à partir du 2ème membre d'une même famille. (Non valable pour la formule découverte/débutants)

Assurance optionnelle FFCK – MAIF ➢➢ http://www.ffck.org/federation/clubs/assurance/

☐ Assurance IA Sport + du 1er jan 2021 au 31 déc 2021 : 12 €

Personne à prévenir en cas d'urgence:

Nom : _ Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Adresse : _

- **J'atteste** que je suis **apte à nager au moins 25m** et à **m'immerger**. **Certificat de natation :** oui ☐ non ☐
- **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 du règlement intérieur** disponible sur le site www.ckcacigne.com.
- **J'autorise** la diffusion sur les sites (www.ckcacigne.com et www.breizhcup.com) et Facebook 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.
- Production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication
  - à la **pratique du CK** et de ses disciplines associées **(ou autre APS) en loisirs** oui ☐ non ☐
  - à la **pratique du CK** et de ses disciplines associées en **compétition dans sa catégorie d'âge** : oui ☐ non ☐

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

L'adhérent peut exercer son droit d'accès : Loi Informatique & Libertés.
Il autorise la F.F.C.K à utiliser ses coordonnées dans le cadre de la loi.

Autorisation pour les mineurs:

Je soussigné(e)**Monsieur ou Madame** _ demande l'inscription de mon **fils** ma **fille** _ au Canoë Kayak Club Acigné.

- **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**.
- **Autorise** le représentant du club à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une intervention médico-chirurgicale d'urgence
- **Autorise** la diffusion sur les sites (www.ckcacigne.com et www.breizhcup.com) et Facebook 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.

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

Canoë Kayak Club Acigné
Base nautique de la Motte
35690 Acigné

Tel : 02 99 62 50 51 OU 06 74 45 32 11
Email : club@ ckcacigne.com
Site : www.ckcacigne.com

LUTTE CONTRE LE DOPAGE
AUTORISATION DE PRELEVEMENT SANGUIN POUR LES MINEURS COMPETITEURS

Je soussigné : ……………………………………………………………………………………………………

Demeurant (adresse complète) :

………

………

………

Téléphone : ……………………………………………………………………………………………………

Père, mère, responsable légal [1] de l'enfant mineur :

Nom et prénom (de l'enfant) : …………………………………………………………………………

Licencié à la FFCK (numéro et club) : 3512 - CANOE KAYAK CLUB ACIGNE

………

Autorise(nt), 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. Cette autorisation est valable jusqu'à la majorité de l'enfant.

Fait à ……………………………………………………………

Le ……………………………………………………………

Signature(s) précédée(s) de la mention « lu et approuvé »

Le père, la mère, le représentant légal ①　　　　　Le sportif ou la sportive

① Rayer la (les) mention(s) inutile(s)

CERTIFICAT MEDICAL (*) ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE DU CANOË KAYAK ET DE SES DISCIPLINES ASSOCIEES (**)

Je soussigné, Docteur ……………………………………………………………………………………

(en lettres capitales ou cachet)

demeurant ……………………………………………………………………………………………

Certifie avoir examiné

M……………………………………………………………………………………………………

demeurant ……………………………………………………………………………………………

appartenant à l'association sportive …… *Canoë Kayak Club Acigné* **……………………………**

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 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

*** A remplir obligatoirement si vous voulez participer aux compétitions jeunes et/ou de kayak-Polo.

FFCK
Fédération Française de Canoë-Kayak

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		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	☐	☐
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	☐	☐
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	☐	☐
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	☐	☐
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 ?	☐	☐
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	☐	☐
9) 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 attestez, 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)