



DOSSIER D'INSCRIPTION

Saison sportive : 2021 / 2022

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

Cadre réservé au club

<input type="checkbox"/> Fiche signalétique <input type="checkbox"/> Adhésion <input type="checkbox"/> Autorisation parentale <input type="checkbox"/> Assurance facultative <input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale <input type="checkbox"/> Document sanitaire si applicable	<input type="checkbox"/> Autorisation photographique <input type="checkbox"/> Assurance Fédérale <input type="checkbox"/> Certificat médical ou QS ; date _____ <input type="checkbox"/> Règlement : <input type="checkbox"/> espèce <input type="checkbox"/> CAF <input type="checkbox"/> chèque n° ____ <input type="checkbox"/> Virement _____
Saisie licence	

## FICHE SIGNALETIQUE

---

NOM	Prénom

Date de naissance	Sexe	Date d'adhésion
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

Adresse personnelle	
Code postal	Ville
Téléphone domicile	Téléphone portable
Email	

### NIVEAU PAGAIE COULEUR

Mer	Eaux vives	Eaux calmes

J'autorise la FFCK à utiliser ces coordonnées dans le cadre de la Loi

Oui     Non

---

Coût de l'adhésion

---

	1ère personne	2ème personne	3ème personne
Anciens adhérents	90 €	80 €	70 €
Nouveaux adhérents*	105 €	95 €	85 €
Anciens accompagnateurs	65 €	-	-
Nouveaux accompagnateurs	80 €	-	-

\*La licence vous couvrira jusqu'au 31/12 de l'année suivante

Le paiement par virement bancaire est vivement conseillé, indiquez votre nom et prénom dans la référence du virement.

---

INFORMATIONS BANCAIRES DU CLUB

---

**Titulaire du compte (Account Owner)**

USM SARAN CANOE KAYAK

**IBAN: FR76 1027 8372 8500 0114 2660 286**

**BIC: CMCIFR2A**

**Domiciliation**

CM FLEURY LES AUBRAIS

BUREAU SARAN

BP 24

377 RUE DE LA FONTAINE

45771 SARAN CEDEX

Tél : 08-20-83-40-96

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque

**10278**

Guichet

**37285**

N° compte

**00011426602**

Clé

**86**

Devise

**EUR**

Le cas échéant, merci de libeller vos chèques à l'ordre d'USM SARAN KAYAK.

Le dossier doit être renvoyé **complet, de préférence par email :**

[Antoine.beaudoin@sfr.fr](mailto:Antoine.beaudoin@sfr.fr)

**Cc : Nicolasarnoult.na@gmail.com**

Ou par courrier à l'attention de : Antoine Beaudoin, 8 rue Jack London, Les Aubrais 45400.

## ADHESION

---

Je soussigné (NOM et Prénom)

---

Né(e) le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Actuellement domicilié :

---

---

---

---

Téléphone : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Je déclare :

- Adhérer à l'union sportive municipale de Saran section Canoë Kayak.
- Savoir nager au minimum 50 mètres.
- Etre en possession d'un certificat médical de moins d'un an et ne contraindiquant pas la pratique de ce sport en loisir et en compétition.
- Être en possession d'un Pass Sanitaire (Covid 19) lorsque celui-ci est imposé pour entrer dans les structures municipales.

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ et signature :

## AUTORISATION PARENTALE

---

Je soussigné (NOM et Prénom) :

---

Assignant en qualité de :     Père / Mère \*         Tuteur / Tutrice \*

Autorise        mon fils / ma fille / ma pupille \*

NOM et Prénom :

---

A pratiquer ce sport et adhérer à l'Union Sportive Municipale de SARAN section Canoë Kayak.

Je certifie qu'il / elle sait nager au minimum 50 mètres et est en possession d'un certificat médical de moins d'un an ne contraindiquant pas le pratique de ce sport en loisir et en compétition.

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ et signature :

---

\*RAYEZ LES MENTIONS INUTILES

## ASSURANCE FACULTATIVE

---

La FFCK propose, à titre facultatif, l'adhésion à une assurance individuelle dommages corporels. Merci de prendre connaissance des conditions de cette assurance sur le site [www.ffck.org](http://www.ffck.org) – rubrique Adhérer/Pratiquer – Assurance.

- Je reconnais avoir consulté les conditions générales de l'assurance individuelle dommages corporels proposée par la FFCK et :
- Je souhaite y souscrire (joindre le bulletin téléchargé sur le site de la FFCK)
- Je ne souhaite pas y souscrire

## EN CAS D'URGENCE

---

Je soussigné (NOM et Prénom) :

---

Autorise les responsables de la section Canoë Kayak à faire pratiquer toutes interventions médicales ou chirurgicales jugées nécessaires par les autorités médicales à l'égard de :

- Moi-même
- Mon fils
- Ma fille
- Ma pupille

N° Sécurité sociale :

---

Numéro de téléphone en cas d'urgence : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ou  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## PHOTOGRAPHIE ET VIDEO

---

M. Mme (NOM prénom) :

---

Représentant légal de (NOM Prénom) :

---

Vous nous autorisez, sans contrepartie financière et pour une durée illimitée à dater de la présente, à reproduire et à diffuser les photographies et vidéos que nous serions amenés à faire pour une communication au public le plus large (le monde entier) sur l'Internet par l'intermédiaire de notre site <http://www.sarancanoe.fr/>, sur notre page Facebook USM Saran Canoë Kayak, ou sur tous supports, connus ou inconnus à ce jour, y compris par voie d'édition d'ouvrages papier ou par représentation sur grand écran, soit directement, soit par l'intermédiaire de tous tiers ou organismes autorisés dans tout manifestation, notamment, festival, salon, manifestation sportive ou culturelle aux fins de démonstration, information ou de promotion de l'activité.

En aucun cas ces documents ne seront cédés à un tiers lorsqu'on ne pourra en garantir l'utilisation.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant les documents ne devront pas porter atteinte à ma réputation/la réputation de mon fils/ma fille/ma pupille \*.

- Je donne mon accord à la diffusion de ces documents
- Je ne donne pas mon accord à la diffusion de ces documents

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ et signature :

(Ajouter la mention manuscrite « Lu et approuvé – Bon pour accord »)

\*RAYEZ LES MENTIONS INUTILES

## CERTIFICAT MEDICAL

**Si vous êtes nouvel adhérent, la 1ère délivrance de la licence est conditionnée par la production d'un certificat médical datant de moins d'1 an.**

**Si vous êtes ancien adhérent et que votre certificat médical date de plus de trois ans, vous devez refaire un certificat médical.**

**Si vous êtes ancien adhérent, que votre certificat médical date de moins de 3 ans, vous devez répondre au formulaire suivant. Si vous cochez oui, à l'une des questions, vous devez refaire un certificat médical.**

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?	<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"/>
<b>A ce jour</b>		
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>		
<b>Si vous avez répondu NON à toutes les questions :</b>		
Pas de certificat médical à fournir. Simplet attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.		
<b>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :</b>		
Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.		

**Signature :**

**Date :**

**Ecrire la mention « certifié conforme ».**