



DOSSIER D'INSCRIPTION

Saison sportive : 2023 / 2024

NOM : _____

PRENOM : _____

Cadre réservé au club

<p>Fiche signalétique</p> <p>Adhésion</p> <p>Autorisation parentale</p> <p>Assurance facultative</p> <p>Intervention chirurgicale</p> <p>Document sanitaire si applicable</p>	<p>Autorisation photographique</p> <p>Assurance Fédérale</p> <p>Certificat médical ou QS ; date _____</p> <p>Règlement : espèce _____ CAF</p> <p>chèque n° _____</p> <p>Virement _____</p>
---	--

Saisie licence			

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM		Prénom	

Date de naissance	Sexe		Date d'adhésion
	M	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

Réduction handicap : 10€ Réduction membre du bureau :10€

		Adulte	<18 ans
Saranais	Anciens adhérents	95 €	70 €
Non saranais	Anciens adhérents	105 €	75 €
Saranais	Nouveaux adhérents	140 €	95 €
Non saranais	Nouveaux adhérents	150 €	105 €

**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** :
aloiseau78@gmail.com Cc : Nicolasarnoult.na@gmail.com

Ou par courrier à l'attention de : Alexandra Loiseau, 427 rue de la montjoie, 45770 Saran.
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.
- Être en possession d'un certificat médical de moins d'un an et ne contrindiquant pas la pratique de ce sport en loisir et en compétition.

Date ____/____/____ et signature

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (NOM et Prénom) :

Assianant en aualité 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 contre-indiquant pas le pratique de ce sport en loisir et en compétition.

Date ____/____/____ et signature :

*FAIRE LES MENTIONS UTILES

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 – 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 1^{ère} 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
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<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"/>
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 ?	<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>		
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.		

Signature

Date :

Ecrire la mention « certifié conforme ».