



# LES PELLEES CHALONNAISES

Aviron et Canoë - Kayak

**Fiche d'Inscription**

**Saison 2018-2019**

**LICENCE ANNUELLE**

Photo

Châlons en Champagne le \_\_\_\_\_

Nom\* : \_\_\_\_\_

Prénom\* : \_\_\_\_\_

Né(e) le\* : \_\_\_\_\_

Sexe\* : \_\_\_\_\_

Adresse\* : \_\_\_\_\_

Code Postal\* : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_

Téléphone\* : \_\_\_\_\_ E-mail\* : \_\_\_\_\_

Mobile : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Je sollicite :  Mon adhésion  Mon renouvellement d'adhésion

et m'engage à me conformer aux statuts\*\* et règlement intérieur\*\* de l'association. Je reconnais avoir été informé de la possibilité de souscription facultative d'une assurance complémentaire\*\*\* auprès de la compagnie d'assurance fédérale.

**Discipline retenue**  Aviron  
 Canoë - Kayak

N de licence :

N de licence :

## Informations complémentaires :

a- Je suis majeur :  Oui  Non (autorisation parentale page 2)

b- Je sais nager 50 m, passer sous une ligne d'eau non tendue, basculer dans l'eau en arrière volontairement :  Oui  Non

c- Je sais ramer / Pagayer :  Oui  Non

d- Je suis assuré social :  Oui  Non

e- Je ne m'oppose pas à l'utilisation de photos et vidéos réalisées dans le cadre de la pratique lors des séances et sorties.

\* Champs obligatoires.

\*\* Un exemplaire est disponible sur simple demande auprès d'un responsable. Les conditions générales d'assurances peuvent être consultées dans les mêmes conditions.

\*\*\* Cette assurance complète et renforce les garanties assurées dans le cadre de la licence fédérale (Tarif : 19€90).

**Signature :**

(des parents ou tuteur si mineur)



# LES PELLEES CHALONNAISES

Aviron et Canoë - Kayak

## Autorisation Parentale (-18 ans) :

Je, soussigné ( père,  mère,  tuteur légal) \_\_\_\_\_, atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts, autorise \_\_\_\_\_, à faire partie, comme adhérent, de l'association, et donne pouvoir aux responsables pour prendre, en mon nom, toutes décisions qu'ils jugeront utiles (y compris l'anesthésie générale) au service hospitalier ci-après désigné ou tout autre service hospitalier le plus proche où il aura été conduit par un responsable ou un organisme de secours compétent, en cas de déplacement hors de Châlons en Champagne.

## Renseignements Médicaux :

Etablissement désigné :  Clinique  Hôpital

Mon enfant est allergique à : \_\_\_\_\_

Autres précisions d'ordre médical : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, prévenir M ou Mme \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

## Autorisation de départ :

J'autorise  Je n'autorise pas

Les membres encadrant du club à laisser mon enfant rentrer seul chez lui jusqu'à son domicile une fois la séance de sport terminée. En cas de réponse négative, l'enfant attendra que quelqu'un connu de son entourage vienne le chercher.

### Signature :

(précédée de la mention lu et approuvé pour autorisation parentale)

## Complément à fournir :

- 1 photo d'identité récente,
- Un certificat médical d'aptitude à la pratique du ou des sports choisis (page 3),
- Règlement de la cotisation annuelle,
- Règlement des droits d'entrée pour tout nouvel adhérent.

## Partie réservée Club :

- FFA,  FFCK : Date d'inscription à la fédération : \_\_\_\_\_,
- Encaissé la somme de : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_
- Espèces,  Chèques Vacances  Chèque Bancaire, \_\_\_\_\_,
- Echelonnement.



# LES PELLES CHALONNAISES

Aviron et Canoë - Kayak

## Certificat Médical Annuel Préalable A la Pratique des Sports, en Loisirs, en Compétition

Je, soussigné docteur \_\_\_\_\_,  
exerçant à \_\_\_\_\_,  
certifie avoir examiné \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_,  
demeurant \_\_\_\_\_,  
adhérent de l'association sportive « Les Pelles Châlonnaises » et n'avoir pas constaté,  
à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique :

- Des activités physiques et sportives (APS),
- De l'aviron,
- Du canoë-kayak,

En :

- Loisir,
- Compétition.

Fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_.

Signature et cachet du médecin :