



LES PELLEES CHALONNAISES

Aviron et Canoë - Kayak

Fiche d'Inscription

Saison 2023-2024

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
 - Sport-santé Aviron
 - Sport-santé CK-DB

N de licence : _____

N de licence : _____

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.

Signature :

(des parents ou tuteur si mineur)

* 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 : 12€00).



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 : 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 CB Chèque, _____,

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 et Dragon Boat,

En :

- Loisir,
- Compétition.

Fait le _____ à _____.

Signature et cachet du médecin :