Bulletin d'adhésion CCKI

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ...../...../..... à : .....

Adresse : ..... Ville : ..... Code Postal : .....

☐ Femme ☐ Homme Téléphone : ..... Portable : ..... E-mail : .....

Personne majeure

- J'atteste que je suis apte à nager au moins 25m et à m'immerger.
- 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 qui m'a été remis.
- J'autorise la diffusion sur le site de l'association (Indiquer l'adresse du site) des photographies prises dans le cadre des activités du club, conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom.
- Je certifie être en possession 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.
- Le cas échéant, je certifie être en possession d'un certificat médical attestant l'absence de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du CK et de ses disciplines associées en compétition dans sa catégorie d'âge.

Date et signature précédées de la mention «Lu et approuvé»

Lu et Approuvé

Date

Autorisation pour un(e) mineur(e)

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame ..... demande l'inscription de mon fils / ma fille ..... au Club de Canoë Kayak Islois, et certifie :

- Autoriser mon enfant à participer aux sorties organisées dans le cadre de l'entraînement ou de la compétition
- Attester que mon enfant est apte à nager au moins 25m et à s'immerger
- Autoriser le représentant du club à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une intervention médico-chirurgicale d'urgence
- Autoriser la diffusion sur le site de l'association (Indiquer l'adresse du site) 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
- Que mon enfant est en possession d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique du Canoë-Kayak et de ses disciplines associées (ou autre APS) en loisirs
- Le cas échéant, que mon enfant est en possession d'un certificat médical attestant l'absence de signe clinique apparent contre-indiquant la pratique du Canoë-Kayak et de ses disciplines associées en compétition dans sa catégorie d'âge

Date et signature précédées de la mention «Lu et approuvé»

Date

Lu et Approuvé

N° de sécurité sociale : ..... Désignation de la mutuelle : ..... N° d'adhérent : .....

Allégies, indications médicales ou recommandations utiles : .....

.....

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (CONTACT ECU)

Nom : ..... Téléphone : ..... Portable : .....