



ATTENTION :

L'adhésion sera prise en compte avec :

- Cet imprimé **complété et signé**,
- La cotisation annuelle,
- Un **certificat médical ***.

FICHE D'IDENTITÉ :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ TEL : _____

ADRESSE: _____

E-MAIL : _____

AUTORISATION LÉGALE:

- Je déclare être en possession d'une assurance responsabilité civile,
- Je déclare savoir nager 25 mètres au minimum avec une immersion
- J'autorise les responsables à faire pratiquer toute intervention médicale ou chirurgicale jugée nécessaire par les autorités médicales en cas d'urgence durant l'activité.
- J'autorise l'association à diffuser les images sportives sur lesquelles j'apparais. (1)

AUTORISATION PARENTALE (1):

- Je déclare ne laisser mon enfant à la base qu'en présence d'un adulte responsable.
- J'autorise mon enfant à rentrer seul(e) à son domicile suite à l'activité. (1)

JE SOUSSIGNÉ : _____

RESPONSABLE LEGAL DE : _____ (1)

Déclare les informations ci-dessus exactes.

A _____, Le ____/____/____

Signature du pratiquant
ou de son responsable légal

*CERTIFICAT MÉDICAL:

- En cas de 1^{ère} adhésion, joindre un certificat médical de non contre-indication à la pratique du « canoë-kayak en compétition » de moins d'un an.
- En cas de renouvellement d'adhésion, si j'ai donné un certificat médical postérieur au **01/01/2015**, je complète le questionnaire au verso.

TARIFS D'ADHÉSION 2018 :

	1 ^{ère} licence - de 18	1p	2p	3p	4p	5p et +
Habitants de St Denis en val & St Jean de la Ruelle	90 €	130 €	240 €	330 €	400 €	+60 €/p
Autres communes	90 €	140 €	260 €	360 €	440 €	+60 €/p
Accompagnement / Famille	75 € / personne					

(1) Rayer si opposition ou non approprié.



QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

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 atteste, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors 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.

JE SOUSSIGNÉ.E : _____ atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé ci-dessus.

A _____, Le ____/____/____

Signature du pratiquant
ou de son responsable légal