

**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 : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

NATIONALITÉ : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION LÉGALE:**

- Je déclare être en possession d'une **assurance responsabilité civile**,
- Je déclare savoir **nager 25 mètres au minimum avec une immersion**
- J'ai pris connaissance du **règlement intérieur de l'association** et j'en accepte les termes.
- 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)

A \_\_\_\_\_, Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du pratiquant  
ou de son responsable légal**AUTORISATION PARENTALE:**

- 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.E : \_\_\_\_\_

RESPONSABLE LEGAL.E DE : \_\_\_\_\_ (1)

Déclare les informations ci-dessus exactes.

A \_\_\_\_\_, Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du responsable légal

**\*CERTIFICAT MÉDICAL:**

- En cas de 1<sup>ère</sup> adhésion,  
joindre un certificat médical de non contre-indication à la pratique du canoë-kayak en compétitions de moins d'un an.
- En cas de renouvellement d'adhésion,  
si j'ai donné un certificat médical postérieur au 01/01/2020, je complète le questionnaire au verso.

**TARIFS D'ADHÉSION 2020 :**

Catégorie de membres	Membre Permanent	Membre accompagnateur	Membre Temporaire	Membre Sympathisant non pratiquant	Membre d'Honneur
Tarifs des Adhésion	<b>140€</b>	<b>75€</b>	Séance piscine : <b>1€</b>	<b>5€</b>	<b>GRATUIT</b>
	<b>TARIFS SPECIFIQUES :</b> -10€ pour les résidents des communes de St Denis en val et St Jean de la Ruelle -10€ adhésion pour les familles (limité à 5) - Adhésion jeune (U18) : <b>90€</b> - 1ere Adhésion UNSS : <b>55€</b>		Séance kayak : <b>5€</b>  <i>(Ces tarifs ne tiennent pas compte des éventuels prise en charge logistique. Pour cela, se référer aux tarifs de l'activité estivale)</i>		

**L'adhésion est acquise du jour de l'adhésion jusqu'à la fin de l'année civile en cours (hors adhésions temporaires valable 1 jour).** Je souhaite souscrire à l'extension de garanties **I.A.SPORT+** proposée par la MAIF pour 10,79€ supplémentaires.Mode de paiement :  Virement bancaire  Espèces  Chèques  Chèques Vacances  Ticket CAF ou PASS SPORT**PARRAINAGE : mon parrain est** (prénom, nom) \_\_\_\_\_

(Je découvre le kayak grâce à un "PARRAIN" déjà licencié au club et, tous les deux, on profite de 20€ de réduction sur le prix de notre licence. valable uniquement pour les 1<sup>ère</sup> adhésions comme "membre permanent", hors 1<sup>ère</sup> adhésion UNSS).

(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
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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"/>
<b>A ce jour</b>		
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 : \_\_\_\_\_ 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