

réservé CKCV				
date du certif	montant	chèque jeunes	Aut. parents	25 m

Canoë-Kayak Club de Vannes (CKCV)

40, rue du Commerce 56000 VANNES Tél : 02-97-01-35-35 <http://www.ckcv.fr>

RE-INSCRIPTION 2018-2019

Demande d'inscription depuis le site internet

N° de licence : Club : C.K.C.V.

Mme / M. NOM :

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Code postal : Ville :

☎ : portable :

Adresse E-mail :

Je suis intéressé(e) par :

- sortie 1/2 journée débutant
- sortie 1/2 journée loisir
- sortie 1/2 journée sportif
- raid et bivouac (week-end)
- esquimautage groenlandais

- rivière wave-ski pirogue polo
- compétition (wave-ski, polo, surfski)
- piscine (esquimautage, sécurité)
- sortie à thème (navigation, ornithologie)
- sortie surfski, fitness
- groupe Pink Dragon Ladies

J'utilise mon kayak : oui non homologué Modèle :

Remarque : Le fonctionnement du club est entièrement assuré par des bénévoles.

Nous comptons sur vous pour votre participation aux séances d'entretien des kayaks et du matériel.

Montant de la cotisation (chèque à l'ordre du CKCV ou virement) :

Tarif 110 € | Tarif Réduit 65 €

Chèques vacances et chèque sport acceptés. Réduction de 15€ par membre supplémentaire de la même famille. Tarif réduit pour les jeunes, étudiants, demandeurs d'emploi et utilisateur d'un kayak perso.

Toute inscription est définitive, aucun remboursement ne sera effectué.

En adhérant au club, j'atteste :

- ✓ avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé
- ✓ savoir nager 25m avec immersion
- ✓ avoir lu le règlement intérieur et
- ✓ m'engage à le respecter

<http://www.ckcv.fr/docs/reglementinterieur.pdf>

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL (*) ANNUEL PREALABLE A LA PRATIQUE DU CANOË KAYAK ET DE SES DISCIPLINES ASSOCIEES (**)

Je soussigné, Docteur
(en lettres capitales ou cachet)
demeurant

certifie avoir examiné

Mme, M.
demeurant

adhérent à l'association sportive CANOE-KAYAK CLUB DE VANNES
et n'avoir pas constaté, à la date de ce jour, de signes cliniques apparents contre-
indiquant la pratique : (rayer la mention inutile)

- du canoë kayak et de ses disciplines associées (ou autre activité physique et sportive / APS) **en loisirs**
- du canoë kayak et de ses disciplines associées **en compétition** et dans sa catégorie d'âge (préciser) :
- de l'**arbitrage** sportif

A le / / 20

Signature du médecin

N.B. - Lorsque le médecin ne reconnaîtra aucune aptitude au consultant, il ne délivrera pas de certificat.

* Ce modèle de certificat a été établi en référence au modèle officiel du contrôle médico-sportif (CMS 79-1)

** en référence à la liste des activités pour lesquelles la fédération française de canoë kayak a reçu délégation du ministère de la jeunesse des sports et de la vie associative.

Envoyer cette fiche d'inscription complétée, le certificat médical et le règlement à : B. HAUVILLE, 8 ALLEE JEAN NICOLAS BILLET, 56000 VANNES :

Contact par mail pour les inscriptions : secretariat.ckcv@gmail.com
Virement bancaire (un virement par adhérent et intitulé avec NOM_Prenom)
IBAN : FR76 1600 6360 1155 9539 0361 003
Code BIC swift: AGRIFRPP860

QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive (certificat médical obligatoire pour une première adhésion).

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) Avz-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"/>
* NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.	
Si vous avez répondu NON à toutes les questions :	
Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande 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.	

Attestation santé pour le renouvellement d'une licence sportive FFCK

N° de licence :

Je, soussigné(e),

,
 atteste sur

l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé ci-dessus.

À, le.....

Signature du pratiquant ou de son représentant légal