

réservé CKCV				
date du certif	QS ou certif.	règlement	Aut. parents	25 m

## Canoë-Kayak Club de Vannes (CKCV)

40, rue du Commerce / Base Nautique / 56000 VANNES - <https://www.ckcv.fr>

# INSCRIPTION 2019-2020

N° de licence :  Club : C.K.C.V.

Mme / M. NOM :

Prénom :

Né(e) le :  (pour les mineurs compléter l'autorisation parentale)

Adresse :

Code postal :  Ville :

☎ :  portable :

Adresse E-mail :

Tarif Adhésion annuelle CKCV  65 €

Tarif Matériel	Nouvel adhérent	Renouvellement
J'utilise mon kayak :	<input type="checkbox"/> 0 €	<input type="checkbox"/> 0 €
Kayak de mer ou rivière	<input type="checkbox"/> 100 €	<input type="checkbox"/> 45 €
Drakkar PinkLadies, VA'A, Polo	<input type="checkbox"/> 0 €	<input type="checkbox"/> 0 €
Adhérent sans revenus (Jeunes, étudiants, demandeurs d'emploi)	<input type="checkbox"/> 30 €	<input type="checkbox"/> 0 €

**TOTAL (Adhésion + Matériel) = 65 + ..... = .....**

Chèque à l'ordre du CKCV ou virement (chèques vacances et chèques sport acceptés)  
Toute inscription est définitive, aucun remboursement ne sera effectué.

Remarque : Le fonctionnement du club est entièrement assuré par des bénévoles.  
Nous comptons sur votre participation aux séances d'entretien des kayaks et du matériel.

- En adhérant au club, j'atteste :
- ✓ avoir répondu à toutes les rubriques du questionnaire de santé
  - ✓ savoir nager 25m avec immersion
  - ✓ avoir lu le règlement intérieur et
  - ✓ m'engager à le respecter
- <https://www.ckcv.fr/docs/reglementinterieur.pdf>

Signature :

## 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
<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) 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"/>
<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"/>
* NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		
<b>Si vous avez répondu NON à toutes les questions :</b>		
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.		
<b>Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :</b>		
Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.		

### Attestation santé pour le renouvellement d'une licence sportive FFCK

Je soussigné(e), N° de licence :

Mme / M. NOM :

Prénom :

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

(ATTESTATION A REMETTRE AU CLUB)

**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.

**AUTORISATION PARENTALE POUR LES MINEURS**

Je soussigné(e) ..... tél. portable ..... ou  
.....

en qualité de  Père  Mère  Tuteur légal  
de l'enfant .....,

- autorise mon enfant à participer aux activités proposées par le club ;
- autorise les cadres et accompagnateurs de l'activité à prendre en charge mon enfant pour les déplacements en véhicule collectif ou particulier, lors des activités du club ;
- autorise, en cas d'urgence, les cadres et responsables du club à prendre les mesures les dispositions médicales nécessaires pour mon enfant ;
- autorise mon enfant à quitter le club seul après la fin des activités.
- n'autorise pas (1)

(1) Personnes autorisées à récupérer mon enfant après l'activité :

- ..... tél .....  
- ..... tél .....  
- ..... tél .....

Fait à ....., le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_.

Mention manuscrite "lu et approuvé" .....

Signature :

---

**Envoyer le dossier complet (inscription + règlement) à :**  
**Sylvie RENAUD, 4 ALLEE DE GUERLANE - LESLEGOT, 56890 PLESCOP**  
Contact par mail pour les inscriptions : [secretariat.ckcv@gmail.com](mailto: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