

**Inscription au stage : du .....au.....**

**Informations personnelles :**

Nom :

Prénom :

Adresse

Code postal :

Ville :

Tél domicile :

Portable :

Travail :

E-mail :

Date et lieu de naissance :

**Pièces à fournir :**

➤ *Tarifs et mode de règlement **95 €***

Chèque à l'ordre du CCKD : Commentaires

Espèces

➤ *Les documents à scanner et à renvoyer en même temps que le dossier :*

Autorisation Parentale

la fiche sanitaire

Fiche droit à l'image

Questionnaire de santé.

Une attestation de savoir nager (nager 25 mètres et s'immerger)

une Photo d'identité

Autorisation de déplacement

Attestation d'assurance, responsabilité civile obligatoire (dans le cas, contraire, l'assurance FFCK sera souscrite automatiquement +10€)

Merci de cocher les cases pour être certain de rapporter tous les papiers

**Le dossier doit être complet, imprimé et rapporté au club afin de VALIDER l'inscription. Tout dossier non complet ne sera pas accepté.**

# Fiche sanitaire ADHESION CCKD

## 1. L'enfant

Nom :	Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Date de naissance :
N° Sécurité Sociale :	

## 2. Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination)

Vaccins	Obligatoire	Oui	Non	Date du dernier rappel
Diphtérie	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BCG	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubéole-Oreillons-Rougeole		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hépatite B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coqueluche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haemophilus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (préciser)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

## 3. Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non	

Allergies :

Le mineur fait-il l'objet d'une allergie ?  Oui  Non

Si oui :

- Symptômes :
- Cause de l'allergie :
- Conduite à tenir :

Traitements :

Si votre enfant doit prendre des médicaments suite à un traitement en cours merci de joindre une copie de l'ordonnance lors de la remise de la fiche sanitaire.

## 4. Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, ...

Oui  Non

Précisez :

**5. Responsable légale de l'enfant**

Nom :	Prénom :	
N° et rue :		
Code Postal :	Ville :	
Téléphone fixe :	Téléphone portable :	Téléphone
Travail :		

**6. Personne à contacter en cas d'urgence (si différente du responsable légale)**

Nom :	Prénom :
N° et rue :	
Code Postal :	Ville :
Téléphone fixe :	
Téléphone portable :	
Téléphone Travail :	

**Autorisation parentale**

**ADHESION CCKD**

Je soussigné *Mr, Mme, Mlle*

Responsable légal (*Parent ou tuteur*) de l'enfant (Nom Prénom) :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- Autorise mon enfant à participer aux activités proposées par le CCKD du 1<sup>er</sup> septembre 2019 au 31 décembre 2020,
- Autorise les responsables des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant,
- Prends connaissance que le CCKD décline toutes responsabilités en cas de vol ou dégradation d'objets personnels au sein du club, dans les véhicules et lors de ces sorties, stages,

Fait à

Le :

Signature du responsable :

**Droit à l'image**  
*ADHESION CCKD*

Je soussigné *Mr, Mme, Mlle* :

Responsable légal (*Parent ou tuteur*) de l'enfant (Nom Prénom) :

*Autorise*

Que mon enfant soit pris en photo et/ou filmé en vue d'une élaboration des supports de communication du Club Canoë Kayak Dunois (site internet, plaquette,)

Fait à

Le :

Signature du responsable :

**Autorisation pour les déplacements**  
*ADHESION CCKD*

Je soussigné *Mr, Mme, Mlle* :

Responsable légal (*Parent ou tuteur*) de l'enfant (Nom Prénom) :

*Autorise*

Mon enfant à être transporté dans le camion du club , ainsi que dans le véhicule personnel d'un moniteur ou d'un bénévole ou d'un des parents désignés par le club CCKD, pour tous les déplacements occasionnels qui se présenteront.

Fait à

Le :



Signature du responsable :

# QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS - SPORT »

Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur en vue de l'obtention, du renouvellement d'une licence d'une fédération sportive ou de l'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération délégataire ou organisée par une fédération agréée, hors disciplines à contraintes particulières (Annexe II-23, art. A. 231-3 du code du sport)

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.



Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.		Ton âge : __ans	
Tu es une fille      un garçon		OUI	NON
<b>Depuis l'année dernière</b>			
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?			
As-tu été opéré (e) ?			
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?			
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?			
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?			
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?			
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?			
As-tu eu beaucoup de mal à respirer <u>pendant</u> un effort par rapport à d'habitude ?			
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?			
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?			
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?			
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ? 			
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>			
Te sens-tu très fatigué (e) ?			
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?			
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?			
Te sens-tu triste ou inquiet ?			
Pleures-tu plus souvent ?			
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?			
	<b>Aujourd'hui</b>		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?			
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?			
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?			
<b>Questions à faire remplir par tes parents</b>			
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?			
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?			

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli

# ATTESTATION

## Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur

Je soussigné(e), Monsieur/Madame \_\_\_\_\_ [Nom ;Prénom],  
en ma qualité de représentant légal de \_\_\_\_\_ [Nom ;Prénom],  
atteste sur honneur qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé relatif à son état de santé et a  
répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

**Afin de respecter le secret médical, le questionnaire de santé renseigné ne doit pas être  
remis au club ni à la FFCK.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_.

Signature du représentant légal :