

Inscription au stage : duau.....2022

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
- Certificat médical de **non contre-indication à la pratique du canoë kayak** .(moins de 3 mois)
- 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
Diptérie	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^{er} 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

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 :