

ADHESION CCKD 20 -20 .

Du 1^{er} septembre 20 au 31 décembre 20 (16 mois)

Informations personnelles :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

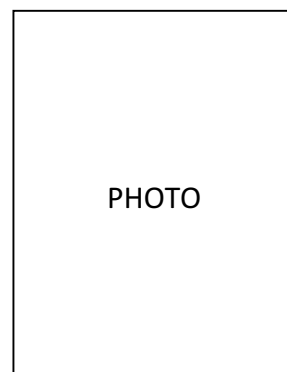
Tél domicile : /..... /...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Travail :/...../...../...../.....

E-mail :

Date et lieu de naissance :



Pièces à fournir :

- Règlement : 120€ (Paiement : espèce, CB, chèque, ANCV ou coupon sport)
- Autorisation Parentale et 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)
- Deux Photos d'identité

Le dossier doit être complet afin de pouvoir VALIDER l'inscription.

Fiche sanitaire et Autorisation parentale

ADHESION CCKD 20 -20 .

1. L'enfant

Nom : Prénom :

Sexe : F 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			
Tétanos	X			
Poliomyélite	X			
BCG	X			
Rubéole-Oreillons-Rougeole				
Hépatite B				
Coqueluche				
Haemophilus				
Autres (préciser)				

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, ...

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 :	

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 20 au 31 décembre 20 ,
- 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 des sorties, stages, et autres.

Fait à

Le.....

Signature du responsable :

Droit à l'image

ADHESION CCKD 20__-20__

Je soussigné *Mr, Mme, Mlle*

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

- *Autorise*
- *N'autorise pas*

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,...)

Note : Rayé la mention inutile (en italique)

Fait à

Le.....

Signature du responsable :