



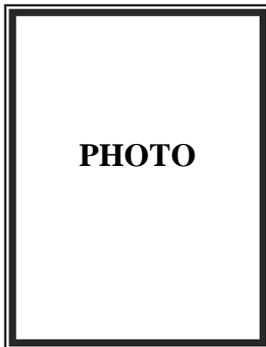
**INSCRIPTION**

**Saison 2025**

Base Nautique Jean Delautre - rue des Pâquis Prolongée - 08000 CHARLEVILLE-MEZIERES

☎ : 03-24-59-31-39 – **Mail** : [charvillemezierescanoekayak@gmail.com](mailto:charvillemezierescanoekayak@gmail.com) **Site** : [charvillemezierescanoekayak.com](http://charvillemezierescanoekayak.com)

**A REMPLIR EN CARACTERES D'IMPRIMERIE**



NOM : ..... Sexe : F  M   
 Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....  
**E-mail** : ..... (**Obligatoire**)  
 Adresse : .....  
 Ville : ..... Code postal : .....  
 Téléphone : .....

Etes-vous ancien licencié du club : OUI – NON  
 Avez-vous déjà été adhérent d'un autre club de Canoë- Kayak : .....  
 Si oui, lequel : ..... Année : .....

**Personne majeure** : Cocher les cases :

Je soussigné(e) : .....

- demande mon adhésion au CMCK et certifie savoir nager.
- autorise le CMCK à utiliser les photos faites de moi lors des activités du club, dans le cadre de la promotion du CMCK.
- autorise les responsables du CMCK à prendre, sur avis médical, en cas d'accident de celui-ci / celle-ci toute mesure d'urgence, tant médicale que chirurgicale, y compris une éventuelle hospitalisation.
- autorise le CMCK à m'emmener sur les déplacements avec le véhicule du club [camion 9 places] et/ou le cas échéant avec les véhicules de bénévoles [parents/bénévoles licenciés] désignés et autorisés par le club.

**En cas d'accident** : N° de Sécurité sociale :

Personne(s) à prévenir : Nom/prénom  
Nom/prénom

Tél (domicile/travail) : ...../...../...../.....  
Tél (domicile/travail) : ...../...../...../.....

A Charleville-Mézières le : ...../...../..... Signature

**COTISATION SAISON 2025**

**Du 1er janvier au 31 décembre 2025 : 170 €**

**1ère adhésion entre septembre et décembre 2024: 190 €**

→ La licence sera valable jusqu'au 31 décembre 2025.

Réduction 10€ par membre de la famille. Un débardeur obligatoire pour les compétitions est vendu 25 €.

**Règlement possible** : espèces, chèque(s) à l'ordre du CMCK, CB, chèques ANCV, chèques loisirs CAF, tickets « MSA Activités ».

**DOCUMENTS REQUIS POUR L'INSCRIPTION**

- ⇒ **Brevet de natation** : certifier savoir nager minimum 25m avec immersion
- ⇒ **Certificat médical** : **1ère inscription** : certificat médical de non contre-indication (de moins de 6 mois) à la pratique sportive ou **renouvellement** : questionnaire de santé (valable 2 fois) ou nouveau certificat
- ⇒ **Mention sur le certificat** : non contre-indication à « la pratique du canoë-kayak et de ses disciplines associées, y compris en compétition ». **Possibilité visite médicale au CMS (parc des expositions de Charleville-M) - Tél : 03.24.32.42.82**
- ⇒ **pour une 1ère inscription** : 1 photo d'identité

**RENSEIGNEMENTS RESERVES AU CMCK POUR LA GESTION DES ADHESIONS :**

Numéro de licence : ..... Date de l'enregistrement auprès de la F.F.C.K. : ...../...../.....  
 Règlement : Montant ..... € Espèces : .....€ CB: .....€  CHQ: N° ..... Banque : .....  
 En Chèques loisirs CAF : ..... ; En Chèques vacances : ..... ; En Tickets « MSA Activités » : .....

2 225 346 N

## Bordereau à remettre au responsable du club

Je soussigné(e) (nom, prénom) ..... Date de naissance .....

Adresse .....

atteste avoir pris connaissance des conditions et des garanties d'assurance ainsi que de la possibilité de souscrire une garantie complémentaire I. A. Sport+.

- Je souhaite souscrire la garantie I. A. Sport+ qui se substituera, en cas d'accident corporel, à la garantie de base de la licence. J'intègre la cotisation complémentaire de 11,85 € pour la saison 2024 au règlement de ma cotisation club. J'ai bien noté que la garantie I. A. Sport+ serait acquise à compter de la date de souscription jusqu'à la fin de période de validité de ma licence.
- Je ne souhaite pas souscrire cette garantie.

Les données à caractère personnel recueillies par ce document sont obligatoires pour permettre à MMAF la prise en compte et le suivi de votre demande. Elles font l'objet de traitements ayant pour finalité la réalisation des opérations précontractuelles, la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats. Au titre de l'intérêt légitime, vos données à caractère personnel, celles relatives aux opérations de prescription, à la gestion des sinistres et des contrats peuvent faire l'objet de traitements pour le suivi et l'amélioration de la relation commerciale, la réalisation de statistiques par MMAF et ses filiales, et également faire l'objet de traitements dans le cadre des obligations légales ou réglementaires, notamment en matière de lutte contre le blanchiment d'argent, le financement du terrorisme et la fraude. La lutte contre la fraude à l'assurance peut conduire à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression de vos données à caractère personnel ainsi que de la possibilité de définir des directives posthumes relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ces données après décès. Vous pouvez exercer ces droits à tout moment auprès du responsable de la protection des données personnelles, MMAF, CS 90900, 79038 Néant cedex 9 ou [voiesdonnees@mmaf.fr](mailto:voiesdonnees@mmaf.fr). Les données sont conservées conformément à la durée nécessaire aux finalités mentionnées et pour les durées de prescription éventuellement applicables. Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclarations fautive des circonstances du risque contenu de l'assurance, entraîne, selon le cas, les sanctions prévues aux articles L. 1133-8 et L. 1133-9 du Code des assurances.

Fait à ..... Le .....

Signature .....  
(pour les mineurs, signature des parents ou du représentant légal)

### QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS – SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.

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) Avez-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"/>
<b>*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</b>		

#### 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 RENOUELEMENT D'UNE LICENCE SPORTIVE FFCK\*

Nom et prénom de l'adhérent : .....

Numéro de licence de l'adhérent : .....

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

#### Cadre réservé CMCK

##### Si Certificat médical :

Etabli le : .....  
Nom du médecin : .....  
RPPS : .....

COMPETITION  OUI  NON