

# ADHÉSION « MAJEUR »

Du 1<sup>er</sup> septembre 2024 au 31 décembre 2025

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe :  H  F

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

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

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

E-mail du licencié : .....

Profession du licencié : .....

## **Pièces à fournir** (le dossier doit être complet afin de pouvoir recevoir la licence) :

- Règlement : **200 €**  
Paiement : espèces, chèque (ordre de CCMCK), chèques vacances (ANCV) ou coupon sport.  
**Faire 2 règlements : un 1<sup>er</sup> de 50 € encaissé à l'inscription et un 2<sup>e</sup> de 150 € encaissé début 2024.**
- Certificat médical de « non contre-indication à la pratique du canoë-kayak, y compris la pratique en compétition », daté de moins d'un an,

## **J'atteste que je sais nager au moins 25 mètres et sais m'immerger.**

J'atteste avoir pris connaissance des conditions et 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 incluse dans la licence. J'ajoute la cotisation complémentaire de 24,65 € pour la saison sportive 2024/2025 au règlement de ma cotisation club. J'ai bien noté que la garantie I.A. Sport + serait acquise de la date de souscription jusqu'au 31/12/2025.
- Je ne souhaite pas souscrire cette garantie.

Dans le cadre des activités de l'association, j'autorise la prise de photos et de films me concernant, qui pourront être utilisés pour l'élaboration de supports de communication de l'association. J'autorise l'envoi à mon adresse email d'informations concernant les activités de l'association. J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'association.

**Signature** :

## Modèle : Certificat médical d'absence de contre-indication

---



### CERTIFICAT MEDICAL D'ABSENCE DE CONTRE-INDICATION

Ce certificat médical peut être établi par le médecin de son choix.

Je soussigné.e

---

Avoir examiné.e, ce jour :

Mme, M.

---

Né.e le

---

Je certifie qu'il.elle ne présente pas de contre-indication médicale pour la ou les pratiques suivantes:

- à la pratique du sport en général<sup>1</sup>
- à la pratique du canoë-kayak en loisir<sup>1</sup>
- à la pratique du canoë-kayak en compétition <sup>1</sup>

Fait à

Le

Signature et cachet du médecin  
N° RPPS :

---

<sup>1</sup> Rayer la ou les mentions inutiles