

# ADHÉSION « MINEUR »

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

NOM : ..... PRÉNOM : .....

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

Adresse : .....

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

RESPONSABLE LÉGAL 1	RESPONSABLE LÉGAL 2
NOM Prénom : .....	NOM Prénom : .....
Domicile : ...../...../...../...../.....	Domicile : ...../...../...../...../.....
Portable : ...../...../...../...../.....	Portable : ...../...../...../...../.....
Travail : ...../...../...../...../.....	Travail : ...../...../...../...../.....
E-mail : .....	E-mail : .....
Profession : .....	Profession : .....

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

- Règlement : **200 €**  
 Paiement : 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.**
- Fiche sanitaire & Autorisation parentale,
- Attestation « Questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur »

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 :

(Responsable légal pour les mineurs)

C'CHARTRES METROPOLE CANOE KAYAK  
8 rue Georges Brassens - 28000 Chartres

Port : 06.21.01.00.99 Email : canoekayak.chartres@hotmail.fr  
Association loi 1901, affiliée à la Fédération Française de Canoë Kayak sous le N° 2802



# FICHE SANITAIRE ET AUTORISATION PARENTALE

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

## 1. L'enfant

Nom: ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Garçon  Fille

N° Sécurité Sociale (de l'enfant, sinon du responsable légal) : .....

## 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"/>	
ou DT Polio	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ou Tétracoq	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BCG		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hépatite B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubéole Oreillons Rougeole		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coqueluche		<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 ?

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

### Allergies :

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

Si oui, précisez les symptômes, la cause et la conduite à tenir :

## Indiquez ci-dessous :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

### 4. Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ? Précisez :

### 5. Responsable légal de l'enfant

Nom: ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

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

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

### 6. Personne à contacter en cas d'urgence (si différente du responsable légal de l'enfant)

Nom: ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

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

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

Je soussigné *Mr, Mme, Mlle* .....

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

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- **Atteste que mon enfant sait nager au moins 25 mètres et sait s'immerger,**
- Autorise mon enfant à participer aux différentes activités (sorties, stages...) organisées par l'association C'Chartres Métropole Canoë-Kayak pendant la saison sportive,
- Autorise mon enfant à être pris en charge dans un véhicule personnel d'un membre de l'association lors des trajets pour compétitions, sorties ou stages.
- Autorise que mon enfant soit pris en photo et/ou filmé en vue d'une élaboration des supports de communication de C'Chartres Métropole Canoë Kayak (site internet, plaquette,...).
- Autorise le responsable 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 C'CMCK décline toutes responsabilités en cas de vol, perte ou dégradation d'objets personnels au sein du club.

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

### **Signature :**

(Responsable légal pour les mineurs)

C'CHARTRES METROPOLE CANOE KAYAK  
8 rue Georges Brassens - 28000 Chartres

☎ Port : 06.21.01.00.99    ✉ Email : canoekayak.chartres@hotmail.fr

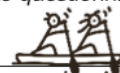
Association loi 1901, affiliée à la Fédération Française de Canoë Kayak sous le N° 2802





# 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.**

Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : __ ans	
<b>Depuis l'année dernière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b> 		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aujourd'hui</b>		
 Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 :