



LICENCES D'ADHESION AU CKB POUR LA SAISON 2017-2018

Tarifs sans réduction

Tarif des licences	Primo-accédant (du 01/09/17 au 31/12/18 soit <u>16</u> <u>mois</u>)	Renouvellement (du 01/01/18 au 31/12/18 soit <u>12</u> <u>mois</u>)	Sympathisant (du 01/01/18 au 31/12/18) (1)
Licence Adulte	105 €	80 €	25€
Licence Jeune (né en 2000 et après)	80 €	60 €	

(1) Selon le règlement intérieur, l'adhésion sympathisant est accessible aux personnes ayant déjà été licenciées à la FFCK via le CKB. Renseignements auprès du conseil d'administration.

Réductions Familles

L'association met en place des tarifs préférentiels pour les adhérents de la même famille (personnes vivant sous le même toit). **Les réductions sont appliquées sur les licences les moins chères.** (Non applicable sur l'adhésion sympathisant)

	réductions	Primo accédant		Renouvellement	
		Adulte	Jeune	Adulte	Jeune
2eme licence	10%	94 €	72 €	72 €	54 €
3eme licence	20%	84 €	64 €	64 €	48 €
4eme licence et suivantes	30%	73,5 €	56 €	56 €	42 €

Pour les bénéficiaires des tarifs familles, merci de retourner l'ensemble des feuilles d'inscription (page 2 de ce document) d'une même famille dans une seule enveloppe avec le tableau récapitulatif ci-dessous :



Récapitulatif des réductions familiales

Famille :

Adresse :

N° Licence (à reporter sur la feuille d'inscription)	NOM	Prénom	Adulte (A) /Jeune (E)	Coût de licence
1ere				
2eme				-10%
3eme				-20%
4eme				-30%
5eme				-30%
TOTAL :				

*Rayer la mention inutile



Association Sportive de Canoë-Kayak de BEAUPREAU
1 Rue des Arts et Métiers
49600 BEAUPREAU
07 68 76 66 56 / ck.beaupreau@laposte.net

Coller ici votre photo
d'identité pour une
première adhésion

FICHE D'INSCRIPTION LICENCE 2017/2018

NOM :	PRENOM :
DATE DE NAISSANCE :	
ADRESSE :	
CODE POSTAL :	VILLE :
E-MAIL (obligatoire) :	
TEL Domicile :	TEL portable :
TEL travail :	
N° SECU SOCIALE :	
N° Licence (réservé au club) :	

Somme à payer : _____ € (voir tarifs page précédente)

(si licence familiale, licence n° _____ voir première colonne du tableau récapitulatif page 1)

Paiement adhésion au club : Chèque N° : _____ Banque : _____

Espèce

Visite médicale:

Joindre à cette fiche d'inscription un certificat médical de non contre-indication à la pratique du canoë-kayak. Préciser « y compris en compétition » pour les jeunes et adultes intéressés.
Joindre également la feuille de renseignements médicaux complétée (cf. page 3)

Autorisation CNIL :

J'autorise la FFCK à utiliser mes coordonnées dans le cadre de la loi (*) : oui non

J'autorise le CKB à diffuser des photos ou je figure dans la presse et sur son blog
ckbeaupreau.canal-blog.com dans le cadre de la loi (*) : oui non

Autorisation parentale pour les mineurs (validité 01/09/2017 au 31/12/2018)

Je soussigné(e) père/mère/tuteur* _____

- autorise mon fils/ma fille * _____ à pratiquer le canoë kayak et les activités annexes au sein du club de canoë-Kayak de Beaupreau.

- autorise/n'autorise pas* les autorités médicales à pratiquer les interventions jugées nécessaires sur la personne précitée. Personne à prévenir en cas d'accident : M

_____ Tél : _____

Fait à _____ le _____ Signature: _____

Niveau pagayas couleurs: Eau calme: _____ Eau vive: _____ mer: _____

L'adhérent atteste savoir nager 25 mètres et s'immerger. (Règlement fédéral)

Adhésion : après avoir pris connaissance du règlement intérieur, je demande mon adhésion au CKB pour la saison 2017/2018.

A _____ le _____

Signature :

*Rayer la mention inutile

Feuille d'inscription à retourner au ckb avec :
• Attestation médicale,
• Fiche de renseignements médicaux,
• Règlement de l'adhésion



Association Sportive de Canoë-Kayak de BEAUPREAU
1 Rue des Arts et Métiers
49600 BEAUPREAU
07 68 76 66 56 / ck.beaupreau@laposte.net

NOM : Prénom :

Renseignements médicaux

Médicaments ou soins journaliers de l'adhérent(e) :

Régimes éventuels :

Autres renseignements concernant l'état physique (allergies, contre-indications) :

.....
.....

Existe-t-il des contre-indications médicales pour certaines activités sportives ? oui / non (*)

Si oui, lesquelles ?

Vaccinations :

L'adhérent(e) est-il (elle) à jour ? oui / non (*)

Date du dernier rappel DT POLIO :

Groupe sanguin (si déterminé) :

Organisme d'assurance dont dépend l'adhérent(e) ou son responsable légal :

a) Caisse primaire de sécurité sociale :

Désignation :

N° d'assuré :

b) Mutuelle

Désignation :

N° d'assuré :

A qui téléphoner en cas d'urgence ?

Nom : Prénom :

Adresse :

Tél. :

AUTORISATION DES PARENTS EN CAS D'INTERVENTION CHIRURGICALE URGENTE (pour les mineurs)

Je soussigné(e), nom et prénom :, demeurant

à, agissant en qualité de père, mère, tuteur, tutrice, de nom et

prénom de l'enfant :, né(e) le :, déclare :

1) autoriser le responsable du séjour dont fait partie mon enfant à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'urgence, prescrites par le médecin, y compris éventuellement, l'hospitalisation.

2) Avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous mentionnées.

En cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (les pièces justificatives de ces frais et le dossier médical seront adressés à la famille en vue d'un éventuel remboursement).

Fait à le

Signature

*Rayer la mention inutile