

BULLETIN D'ADHESION Amicale Laïque Toul Canoë Kayak

Siège : 10 Rue Pierre Hardie 54200 TOUL Cadre : 06.11.02.03.77 Président : Gérard Dechenaud Site : altck.org E-mail : altck@altck.org	FFCK C5414JS 54S 1847 Siret : 430 014 183 000 23 s/p Toul 061117 w 544000272 secrétariat : 06.73.02.04.48 Site de pratique : baignade des chevaux
---	---

NOM : PRENOM : N° Licence : _ _ _ _ _

Né(e) le : à

Adresse : Ville et code postal

Téléphone : Mobile :

Adresse mail :

Sexe : M – F Etes-vous compétiteur : oui – non

Si l'adhérent est mineur :

NOM et Prénom du Représentant Légal :

Adresse :

Téléphone : Mobile :

Adresse mail :

L'adhérent, ou son représentant légal :

- Atteste qu'il est **apte à nager au moins 25 m et à s'immerger**.
- Reconnaît avoir pris connaissance en ligne du **règlement intérieur**, des conditions d'assurance et du domaine de navigation.
- Autorise la **diffusion** sur le site (altck.org) des **photographies** prises dans le cadre des activités du club, conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom.
- **Autorise** le représentant du club à prendre, le cas échéant, toutes les mesures utiles pour une **intervention médico-chirurgicale d'urgence**.
- **Autorise** le représentant du club et la FFCK à traiter les données personnelles demandées (**RGPD**)
- Fournit un **certificat médical** attestant l'absence de contre-indication : (barrer la ligne inutile)
 - * à la pratique du CK et de ses disciplines associées (ou autre APS) en **loisirs**
 - * à la pratique du CK et de ses disciplines associées (ou autre APS) en **compétition** dans sa catégorie d'âge

Date et signature précédées de la mention « Lu et approuvé »

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 général¹
- à la pratique du canoë-kayak en loisir¹
- à la pratique du canoë-kayak en compétition ¹

Fait à

Le

Signature et cachet du médecin
N° RPPS :

¹ Rayer la ou les mentions inutiles

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 **10,79 €** pour la saison 2018 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 la MAIF la prise en compte et le suivi de votre demande. Sauf opposition de votre part, elles pourront être utilisées pour l'envoi d'informations sur les produits et services distribués par la MAIF et ses filiales, notamment en matière d'assurance et de banque, et être transmises à leurs partenaires. Conformément à la loi 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression que vous pouvez exercer à tout moment auprès du Secrétariat général de la MAIF, CS 90000 - 79038 Niort cedex 9 ou sec-general@maif.fr. Vous pouvez également exercer votre droit d'opposition en cochant les cases ci-après : je m'oppose à l'envoi d'informations sur les produits et services distribués par la MAIF et ses filiales je m'oppose à la transmission de mes données personnelles aux partenaires de la MAIF et de ses filiales Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte des circonstances du risque connues de l'assuré, entraîne, selon le cas les sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.

Fait à Le

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

Personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM :

Prénom :

N° de téléphone :

Lien avec l'adhérent :