**ADHESION**

**Réservé CKTSQY**

Payé le : / / 2021

Chèque  Virement

ANCV Autre

Saison 20211

Nom : Prénom :

Né.e le : / / Nationalité :

Tél. fixe : Tél. mobile2 :

Courriel2 :

Adresse :

Pour l’adhérent.e mineur.e, coordonnées du ou de la responsable légal.e :

Nom : Prénom :

Tél. fixe : Tél. mobile2 :

Courriel2 :

Certificat médical : / /20

* **Pour une première licence (ou pour les non-licencié·es en 2020), un certificat médical datant de moins d'un an est à fournir**. La mention "en compétition" doit être indiquée pour une licence compétition.
* En cas de renouvellement de licence, reportez-vous au questionnaire santé au dos de ce bulletin.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tarifs adhésions 2021 | **-20 ans4** | **+20 ans** | **Famille5 +20 ans** | **Non pratiquant.e** |
| **Hors SQY** | 85 € | 110 € | 80 € | 5€ |
| **Habitant SQY3** | 55 € | 100 € | 70 € | 5€ |
| ***Soit réduction SQY*** | *30 €* | *10 €* | *10 €* |  |
| ***Soit réduction Famille*** |  |  | *30 €* |  |
|  |  |  |  |  |
| Montant adhésion correspondant à votre situation (**A**) |  |
| Assurance Complémentaire **Facultative** « IA sport plus » à 11,12 € (**B**) |  |
| TOTAL (=A+B) à payer 🡪 |  |
| Type de licence FFCK | Licence loisirs |  | Licence compétition |  | Licence Non pratiquant.e |  |

A noter : le fonctionnement du club est entièrement basé sur le bénévolat, y compris pour l’encadrement des séances. Le matériel est prêté gratuitement. Un coup de pagaie de chacun.e est indispensable pour l’organisation des sorties et l’entretien du matériel.

Je déclare : savoir nager 25m et m’immerger ; avoir pris connaissance de la notice d’assurance MAIF, du règlement intérieur du CKTSQY et m’engager à le respecter ; et adhérer au CKTSQY.

A le / /20 Signature

(Pour les mineur.e.s signature du ou de la responsable légal.e)

1 Valide du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021 (12 mois)

2 Les informations sur la vie dub (CR de réunion, calendrier,..), et les précisions pour les sorties sont adressées par courriel ou sms.

3 Elancourt ; Guyancourt ; Magny ; Montigny ; Trappes ; La Verrière ; Voisins ; Coignières ; Les Clayes ; Maurepas ; Plaisir ; Villepreux

4 A noter : les jeunes de moins de 20 ans bénéficient de la gratuité pour les sorties en Île-de-France et d’une réduction de 50% sur le tarif des sorties hors Île-de-France.

5 Après une première adhésion plus de 20 ans, les autres membres de la famille de plus de 20 ans bénéficient du tarif « Famille ».

Conformément à la loi « Informatique et Liberté » NO 78-17, vous disposez d’un droit d’accès et de rectification aux données vous concernant.

**QUESTIONNAIRE DE SANTE "QS - SPORT"**

**Les conditions de présentation d’un certificat médical indiquées ci-dessous ne concernent que les personnes renouvelant leur adhésion sans discontinuité de licence. Pour les autres, un certificat médical datant de moins d’un an est obligatoire.**

Vous devez remplir, dater et signer le questionnaire santé.

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du ou de la licencié·e.

1er cas : vous répondez « non » à toutes les questions, la présentation d’un nouveau certificat médical n'est pas nécessaire.

2ème cas : vous répondez « oui » à au moins une question, vous devez présenter un nouveau certificat médical datant de moins d’un an.

**Pour la PRATIQUE EN COMPÉTITION, au bout de la 3ème année d’adhésion un nouveau certificat médical datant de moins d’un an est obligatoire.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **QUESTIONS** | **OUI** | **NON** |
| **DURANT LES 12 DERNIERS MOIS** |  |  |
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque ou inexpliquée ? |  |  |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? |  |  |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) |  |  |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? |  |  |
| 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 ? |  |  |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? |  |  |
| **A CE JOUR** |  |  |
| 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 ? |  |  |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? |  |  |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d’un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? |  |  |

Nom : Prénom :

A le / /20 Signature

(Pour les mineur.es signature du ou de la responsable légal.e)