



INSCRIPTION 2024

Merci de nous faire parvenir :

- La fiche d'inscription
- La fiche sanitaire
- Les différentes autorisations et attestations signées
- Une attestation d'assurance couvrant la pratique ou souscrire à la garantie I.A Sport+ (assurance FFCK)
- Sauf en cas de renouvellement, une copie des cartes d'identité de l'adhérent (et du ou des responsables légaux si mineur)
- Le règlement de la cotisation

Tout adhérent n'ayant pas un dossier complet ne pourra pas participer aux activités du club.

Que ce soit pour l'obtention d'une première licence ou un renouvellement, le certificat médical n'est plus obligatoire. Le pratiquant doit seulement remplir le questionnaire de santé joint (QS SPORT). Dans le cas d'une ou plusieurs réponses positives, il devra se rapprocher de son médecin et fournir un certificat médical datant de moins de 6 mois (comportant la mention "en compétition" si besoin).

Bulletin d'adhésion 2024

LICENCIÉ :

Nom

Prénom.....

Adresse

.....

Tél. Date de naissance

Lieu de naissance et département

Courriel.....

RESPONSABLES LÉGAUX (EN CAS DE LICENCIÉ MINEUR) :

Nom

Prénom.....

Agissant en qualité de

Adresse (si différente)

.....

Tél.

Courriel.....

Nom

Prénom.....

Agissant en qualité de

Adresse (si différente)

.....

Tél.

Courriel.....

Tarifs 2024

La licence FFCK est comprise dans l'adhésion club.

ADHÉSION (LICENCE FFCK COMPRISE)		SORTIES CLUB	
1 an compétition	150 €	Sortie à la journée	11 €
1 an loisir	99 €	Week-end départemental	25 €
Fonctionnement indépendant du club	88 €	Week-end régional	35 €
Juge non pratiquant (2 jugements/an)	0 €	Week-end N3	45 €
Membre bureau	33 €	Nuit supplémentaire de course	15 €
3 mois "enfant" (non renouvelable)	66 €	N2 / N1 / Interrégion / Nationale descente	Réels*
3 mois "adulte" (non renouvelable)	82 €	Stage (par nuit)	25 €
Garantie IA SPORT+ (Assurance FFCK facultative)			11,85 €

Pour en savoir plus sur les tarifs des licences FFCK : <https://www.ffck.org/wp-content/uploads/2023/08/Tarifs-2024-Clubs-1.pdf>
 Acceptons : Pass'Sport, Pass'Région, Carte Okay Savoie, Chèques vacances (ANCV)
 * Frais réels -50% (part club)

Montant de l'adhésion choisie €

Assurance **IA SPORT+** (facultatif)..... €

SOUS-TOTAL

€

À DÉDUIRE :

Pass'Sport (Indiquer le code et déduire la somme de 50 €) €

CODE :

Pass'Région (Indiquer le numéro de la carte + le code de réduction et déduire la somme de 30 €) €

NUMÉRO DE CARTE : CODE :

Carte Okay Savoie (Indiquer le numéro de la carte et le montant choisi) €

NUMÉRO DE CARTE : CODE :

Chèques vacances (ANCV) pour la somme de €

MONTANT TOTAL PAYÉ

€

- PAR CHÈQUE** à l'ordre de : CLUB LA PLAGNE EAUX VIVES
- PAR VIREMENT (de préférence, merci d'indiquer "licence + le nom de l'adhérent")**
IBAN : FR76 1810 6008 1096 7390 8517 664 – BIC : AGRIFRPP881

RÈGLEMENT INTÉRIEUR :

Je soussigné.e,

Le cas échéant, au nom de l'enfant

certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur du Club de La Plagne Eaux Vives et m'engage à le respecter tout au long de l'année.

Fait le Signature :

AUTORISATION DE TRANSPORT :

Je soussigné.e,

Le cas échéant, au nom de l'enfant

autorise d'être transporté ou que mon enfant soit transporté par les véhicules du club ou tout autre véhicule utilisé dans le cadre de déplacements "club".

Fait le Signature :

ATTESTATION DE NATATION :

Je soussigné.e,

Le cas échéant, au nom de l'enfant

atteste arriver à nager ou que mon enfant arrive à nager sur au moins 25 mètres et à mettre la tête sous l'eau.

Fait le Signature :

DROIT À L'IMAGE :

Je soussigné.e,

Le cas échéant, au nom de l'enfant

cédons notre à l'image pour tous supports de communication liée au club.

Fait le Signature :

FICHE DE LIAISON SANITAIRE 2024

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles concernant votre enfant afin de faciliter sa prise en charge médicale ou au quotidien. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

LICENCIÉ :

Nom, prénom

Tél. de contact..... Date de naissance

RESPONSABLES LÉGAUX:

Nom, prénom

Agissant en qualité de

Adresse (si différente)

..... Tél.

N° de sécurité sociale Mutuelle.....

Nom, prénom

Agissant en qualité de

Adresse (si différente)

..... Tél.

N° de sécurité sociale Mutuelle.....

Merci de cocher le numéro de sécurité sociale sous lequel l'enfant est rattaché.
Merci de joindre une copie des cartes d'identité des parents et de l'enfant s'il en possède une.

1. VACCINATIONS

Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant.
S'il n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Vaccins obligatoires	Dates derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates derniers rappels
Diptérie		Hépatite B	
Tétanos		ROR (Rubéole-Oreillons-Rougeole)	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou Tétracoq		BCG	
Ou DT Polio		Autres (préciser)	

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit-il un traitement médical au long cours ? OUI NON

Si oui, joindre une copie de l'ordonnance ainsi que les médicaments (dans leur boîte d'origine et marqués au nom de l'enfant).
Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance.

- Autres informations utiles à faire connaître au médecin (en cas de maladie ou d'urgence) :

.....

.....

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBÉOLE		VARICELLE		COQUELUCHE		SCARLATINE		ROUGEOLE		OREILLONS	
OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON

- L'enfant a-t-il des allergies ? OUI NON

Préciser la cause de l'allergie, la conduite à tenir ainsi que le traitement éventuel à administrer (joindre ordonnance).

.....

.....

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

- L'enfant porte-t-il des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires, etc. ?

Merci de préciser.

.....

.....

- Autres éléments à porter à la connaissance des encadrants.

(Énurésie, somnambulisme, intolérance alimentaire...).

.....

.....

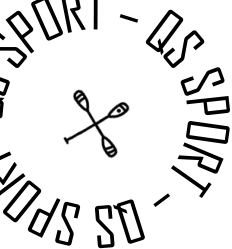
Je soussigné.e,,

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait le

Signature :

Dans le cadre du RGPD, les données de ces formulaires ne seront pas communiquées sans l'accord des personnes concernées.



MINEUR

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

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 :

QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS - SPORT »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive.



Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicable ?		
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?		
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?		
Avez-vous eu une perte de connaissance ?		
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 ?		
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?		
A ce jour		
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 ?		
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?		
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?		
*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié		
Si vous avez répondu NON à toutes les questions :		
Pas de certificat médical à fournir. Simplement atteste, selon les modalités prévues par la FFCK avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.		
Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :		
Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.		

Attestation santé pour le renouvellement d'une licence sportive FFCK *

Nom et Prénom de l'adhérent :
 Numéro de licence de l'adhérent :

Je soussigné.e, _____, atteste sur l'honneur, avoir répondu négativement à toutes les rubriques du questionnaire de santé ci-dessus.

Fait à _____, le _____

Signature du pratiquant ou de son représentant légal