

## Fiche d'inscription pour les adultes

Nom Prénom		p H	p F
Date de naissance	Tél.		
Lieu de naissance	Dép.		
Adresse		Nationalité	
Code postal	Ville		
Adresse Courriel		@	

- J'atteste être apte à **nager au moins 25 m** sans m'arrêter et **pouvoir m'immerger sans paniquer**.
- J'autorise le représentant du club à prendre, le cas échéant, toutes les mesures utiles pour une intervention **médico-chirurgicale d'urgence**.
- J'autorise la diffusion sur le site et la page Facebook du club des **photographies** prises dans le cadre des activités du club, conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom.
- **Je reconnais** avoir pris connaissance de l'option d'assurance I.A. Sport + proposée par la Maif/FFCK.
- Par cette adhésion, sans coût supplémentaire, **je deviens également membre actif** de l'association Le Pilalo qui gère le gîte, dont le CNP est propriétaire des murs : les revenus du gîte sont versés au CNP.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ signature + mention "lu et approuvé"

## Cotisation d'adhésion

<b>IMPORTANT : Cocher la case de votre choix</b>		
<input type="checkbox"/>	Licence compétition (cotisation FFCK 64€)	140€
<input type="checkbox"/>	Licence loisirs (cotisation FFCK (56€)	110€
<input type="checkbox"/>	Licence 3 mois (cotisation FFCK 20€)	45€
<b>Réduction famille (-10€ par adhésion à partir de la 2<sup>ème</sup> adhésion)</b>		
<input type="checkbox"/>	Je choisis la garantie I.A.Sport + (FFCK/Maif)	12,80€
<input type="checkbox"/>	Je refuse la garantie I.A.Sport + (FFCK/Maif)	0€
	<b>Total à régler</b>	

Solidarité : pour les familles en grandes difficultés, mise en place d'aides  
Règlement par chèque à l'ordre du CNP en une ou plusieurs fois



Pour la garantie I.A. Sport + de la FFCK/Maif  
Voir le document :  
[INFO\\_ADHERENTS\\_FFCK\\_](#)



# Dossier d'adhésion Saison 2025

du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2025  
12 mois

## Personnes à contacter – Renseignements médicaux

**Cette fiche est conservée par le responsable de chaque sortie à laquelle participe le pratiquant**

**Pratiquant** (nom) \_\_\_\_\_ (Prénom) \_\_\_\_\_

### Personnes à contacter

---

1ère personne \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

Relation (conjoint, père, mère, oncle, grand-parent ....) \_\_\_\_\_

2e personne \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

Relation (conjoint, père, mère, oncle, grand-parent ....) \_\_\_\_\_

**3e personne** \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

Relation (conjoint, père, mère, oncle, grand-parent ...) \_\_\_\_\_

### Renseignements médicaux

---

Hôpital/clinique de votre choix \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant \_\_\_\_\_ Son tél \_\_\_\_\_

Allergies/antécédents médicaux \_\_\_\_\_

#### **Cadre réservé au Club**

<input type="checkbox"/> Mineur	<input type="checkbox"/> Encadrement club	<input type="checkbox"/> Pagaie Blanche
<input type="checkbox"/> Adulte	<input type="checkbox"/> Certificat médical	<input type="checkbox"/> Pagaie Jaune
<input type="checkbox"/> Compétition	<input type="checkbox"/> Loisir uniquement	<input type="checkbox"/> Pagaie Verte
	<input type="checkbox"/> Juge de portes	<input type="checkbox"/> Pagaie Bleue
<b>Licence N° :</b>		<input type="checkbox"/> Pagaie Noire