



Eaux-vives Canoë Kayak Loisir Associatif
Mairie. 22100 Saint-Samson sur Rance
eckla@laposte.net
<https://eckla-canoë-kayak.fr>

Adhésion 2026

Licence FFCK valable du 01/01/2026 au 31/12/2026

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone :

Portable :

Adresse courriel :

Si vous êtes déjà licencié FFCK :

Nom du club :

N° de licence :

Observations particulières éventuelles :

.....

.....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

NOM :

Téléphone :

Adresse :

.....

.....

- ☐ J'atteste être apte à nager au moins 25 m et à m'immerger.
- ☐ J'autorise le Représentant du Club à prendre, le cas échéant, toutes les mesures utiles pour une intervention médico-chirurgicale en urgence.
- ☐ J'autorise la diffusion des photographies prises dans le cadre des activités du club (conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom). *L'Adhérent peut exercer son droit d'accès : Loi Informatique & Libertés. Autorise la FFCK à utiliser mes coordonnées dans le cadre de la loi.*

Pièces à fournir à l'inscription :

- Bulletin d'adhésion 2026
- Paiement de la cotisation annuelle : 100 € (possibilité de paiement en 2 fois)
- Si vous êtes déjà licencié dans un autre club kayak : 44€ (56€ de licence FFCK déduits du montant de la cotisation annuelle). Ouverture à toutes les activités du club et droit de vote à l'Assemblée Générale.
- Si vous souhaitez une licence compétition, la cotisation annuelle s'élèvera à 110€
- Le questionnaire de santé joint.

En cas de réponse positive à une question, un certificat médical (de moins de 3 mois) attestant l'absence de contre-indication à la pratique kayak loisirs, sera exigé.

Certificat médical exigé pour tout nouvel adhérent.

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

QUESTIONNAIRE DE SANTE « DS - 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 inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*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
