**BULLETIN D’ADHESION ADULTE du 1/09/23 au 31/12/2024**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** |  | **NOM DE NAISSANCE** |  |
| **PRÉNOM** |  | **SEXE** |  |
| **DATE DE NAISSANCE** |  | **VILLE ET DEPARTEMENT DE NAISSANCE** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ADRESSE POSTALE** | …………………………………………………………………………………………………………………….  CP : VILLE : |
| **ADRESSE MAIL** | @ |
| **TÉLÉPHONE** |  |

ACTIVITÉ : Sport Santé Adultes

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D’URGENCE :

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM/ PRÉNOM** | **NUMÉRO DE TÉLÉPHONE** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES : (allergies, asthme, etc…) :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**INFORMATIONS ASSURANCE :**

Je soussigné (e) ,........................................................................................................atteste avoir été informé des risques liés à la pratique du Canoë-Kayak et des disciplines associées, de mon intérêt et de la possibilité de souscrire à l’une des garanties d’assurance individuelle Accident Corporel proposée avec ma licence.

**MONTANTS DES COTISATIONS  :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CATEGORIE D’ÂGE** | **ADULTES** | **MONTANT DES OPTIONS** |
| Adhésion + Licence du 01/09/23 au 31/12/24 | 140 € |  |
| Adhésion + Licence 3 mois | 70 € |  |
| Séance - Licence 1 jour | 15 € |  |
| Assurance complémentaire IA Sport | 11,85 € |  |
|  | **TOTAL** |  |
| **REGLE PAR, LE…** |  |  |
| **REGLE PAR, LE…** |  |  |

**Idéalement, virement par IBAN :** FR76 1551 9390 5000 0241 8690 175 **BIC :** CMCIFR2A

* REDUCTIONS FAMILLE

Moins 10€ par licence annuelle à partir du 2ème licencié de la famille.

* PAIEMENT ÉCHELONNÉ POSSIBLE
* CHEQUES VACANCES, COUPONS SPORT, PASS REGIONAL ACCEPTÉS

**ENGAGEMENT :**

* Je déclare m'inscrire aux activités annuelles de CKS
  + - * + J'atteste être apte à nager 25 mètres et à m'immerger
* J'atteste n'avoir aucune contre-indication médicale à la pratique du Canoë-kayak. Certificat médical datant de moins d’un an pour la première licence ou questionnaire santé valide.
* J'autorise l'organisateur Canoë Kayak Sallertaine, en cas de nécessité, à me faire transporter et à prendre toute mesure médico-chirurgicale d'urgence utile à ma santé
  + - J'autorise la diffusion, dans la presse ou sur le site de la Route du sel et de Canoë Kayak Sallertaine, des photos prises dans le cadre des activités, conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom.
* J’ai été informé(e) de la possibilité de souscrire un contrat d’assurance complémentaire IA+.
* Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur qui m'a été remis et m’engage à le respecter.

**Date** et **signature** précédées de la mention ***« lu et approuvé »***