

# ALNM Canoe Kayak

Rue Aristide Briand

54550 Pont-St-Vincent

☎ 06.82.18.02.62

☎ 06.10.58.70.71

✉ [presidence.alnmck@gmail.com](mailto:presidence.alnmck@gmail.com)



## FORMULAIRE D'ADHESION

### Renseignements Adhérent :

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone de l'adhérent: .....

e-mail : .....

Si vous avez déjà été licencié dans un autre club :

Numéro de licence : ..... Club : .....

PHOTO  
D'IDENTITÉ

(Facultative)

### Modalité d'inscription :

- savoir nager au moins 25 mètres
- être capable de s'immerger
- être âgé d'au moins 8 ans

### Pièces à fournir :

- 📄 Certificat médical daté de moins de trois mois, comportant la mention : "apte à la pratique du canoë kayak en loisir et compétition"
- 📄 Autorisation d'hospitalisation, de déplacement et fiche sanitaire (*pour les mineurs*)
- 📄 Photocopie de la carte d'identité
- 📄 Chèque du montant de l'adhésion libellé, à l'ordre de "ALNM CK"

---

### Autorisation parentale (pour adhérent mineur) :

Je soussigné ..... Autorise mon enfant  
..... à participer aux activités du club ALNM Canoë Kayak et  
déclare avoir lu et approuvé les modalités d'inscription.

Téléphone des parents (à joindre en cas d'urgence) : .....

Fait à ..... le .....

Signature :

## AUTORISATION DE DEPLACEMENT

Je soussigné .....autorise mon enfant  
..... à être transporté dans le camion du  
club ainsi que dans les véhicules des éducateurs club dans le cadre des entrainements, stages  
et compétitions organisés tout au long de l'année par l'ALNM Canoë Kayak.

Fait à ..... le .....

Signature :

---

## AUTORISATION PHOTO

Je soussigné .....autorise l'ALNM Canoë  
Kayak à prendre et utiliser dans le cadre pédagogique des photos et vidéos de notre enfant  
..... prises au cours des activités du club.

Utilisations possibles (cases à cocher) :

- Insertion dans le site Internet du club
- Documents de travail pour les adhérents
- Vidéo pédagogique (débriefing après entrainement, utilisation au club)
- Reportages « presse locale » au cours d'évènements (fête, compétition)

Fait à ..... le .....

Signature :

# ALNM Canoë Kayak

R Rue Aristide Briand  
54550 Pont-St-Vincent

☎ 06.82.18.02.62

☎ 06.10.58.70.71

✉ [presidence.alnmck@gmail.com](mailto:presidence.alnmck@gmail.com)



## *Autorisation d'hospitalisation et intervention médicale d'urgence*

### **Je soussigné :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

☎ Domicile: .....

☎ Portable : .....

☎ Bureau : .....

### **Agissant en qualité de parent ou tuteur<sup>(1)</sup> de :**

*(1) rayer mention inutile*

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

### **Autorise :**

- Le transport à l'hôpital en cas d'urgence
- Le médecin à pratiquer une intervention chirurgicale d'urgence avec anesthésie
- Le médecin à pratiquer une radiographie ou les soins nécessaires

### **En cas d'accident ou de blessure lors des activités proposées par l'ALNM Canoë Kayak lors des entrainements, stages et compétitions**

*Autres personnes à prévenir en cas d'accident :*

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

☎ Domicile: .....

☎ Portable : .....

☎ Bureau : .....

**Fait à ..... le .....**

**Signature :**



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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

Date :

Signature :

---