

NOM		
PRENOM		
DATE DE NAISSANCE		
ADRESSE		
CP / VILLE		
TEL		
MAIL		
PROFESSION		
INFORMATION DE SANTE		

Je soussigné-e,

- 1) Fournir le certificat de natation et le certificat médical (ou QS sport si certificat de moins de 3 ans OU mineurs)
- 2) Autorise à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions médicales.

Je reconnais avoir été informé-e de l'existence des statuts et du règlement intérieur du CKMNC (qui sont affichés dans les locaux et accessibles sur le site internet) et les accepte.

J'admets également que le CKMNC est association de loi 1901, gérée par et grâce à des bénévoles et **qu'elle n'est donc pas soumise à une obligation de résultat.**

Pour les adultes :

Je donne mon accord pour être pris-e en photo lors des activités clubs sur la saison 2023/2024 ainsi qu'à la publication de ces photographies dans la presse ou dans tous autres supports liés directement à l'activité du club et note que la publication ne donne pas droit à une rémunération.

J'autorise la collecte et l'utilisation de mes données personnelles uniquement dans le cadre du club. Le club s'engage à ne pas divulguer ces données à des fins commerciales.

DATE & SIGNATURE :



PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE	
NOM	
PRENOM	
TEL	
TEL 2	

Le CKMNC est une association de loi 1901 gérée par des bénévoles. Toute aide de la part des licenciés, même ponctuelle, est la bienvenue.

Seriez-vous prêt à nous aider ?	OUI	NON
Au ménage du club		
A encadrer (déplacements, sorties...)		
A aider lors des manifestations ou des compétitions		

Quels sont vos domaines de compétences qui pourraient venir en aide au club ?

.....

Diplôme(s) d'encadrement éventuel(s) :

.....

Souhaitez-vous souscrire à l'option d'assurance **complémentaire** proposée par la FFCK (IA Sport+) pour 11.34€ ?

Oui Non



RESERVE CKMNC		N° LICENCE	
CERTIFICAT MEDICAL		REGLEMENT	
QS SPORT		CONDITIONS	
ATT. NATATION		TYPE DE REGLEMENT	
ATT. PARENTALE		FACTURE	