



# GIVRY RANDONNEE

## Association affiliée à la Fédération Française de Randonnée Pédestre

### BULLETIN D'ADHESION Saison 2021-2022

1<sup>ère</sup> Inscription

Renouvellement

Nom  
Nom

Prénom  
Prénom

Date de Naissance  
Date de Naissance

Adresse

Tél portable :

Courriel:

J'ai noté que le Code du Sport (Article L321-1 à L321-9) fait obligation aux associations d'une Fédération sportive d'assurer leur responsabilité civile et celle de leurs adhérents et de délivrer une licence à tous les membres randonneurs.

Je reconnais qu'en complément à cette garantie acquise (niveau IR ou FR minimum), il m'est proposé une assurance pour couvrir mes propres accidents corporels et ceux des différents membres de ma famille selon les options suivantes :

OPTIONS LICENCES-Cotisation association-Abonnement	TARIFS	Cochez l'option choisie
Individuelle avec Responsabilité Civile IR	25,85 €	<input type="checkbox"/>
Individuelle avec Responsabilité Civile et Accidents corporels IRA	28,00 €	<input type="checkbox"/>
Familiale avec Responsabilité Civile FR	51,25 €	<input type="checkbox"/>
Familiale avec Responsabilité Civile et Accidents Corporels FRA	55,80 €	<input type="checkbox"/>
Monoparentale avec Responsabilité Civile et Accidents Corporels FRAMP	31,60 €	<input type="checkbox"/>
COTISATION ASSOCIATION (Obligatoire)	10 €	<input checked="" type="checkbox"/>
Abonnement à « Passion Rando » 4 numéros/an (Facultatif)	8,00 €	<input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>		

" j'accepte que les informations recueillies sur ce bulletin d'adhésion, y compris le certificat médical soit conservés en vue de tenir à jour le fichier adhérents..Ces informations ne seront en aucun cas transmises à des tiers."

**Mode de règlement : Uniquement en chèque à l'ordre de GIVRY RANDONNEE.  
Bulletin à envoyer au trésorier Pascal ALLAIN 3 Les Crays 71640 Dracy le Fort**

**Joindre l'attestation de bonne santé ou un certificat médical de moins de 3 ans (obligatoire pour une 1<sup>ère</sup> inscription ou pour un renouvellement +3ans).**

Le

Signature

**La Fédération FFRP informe le titulaire d'une licence IR ou FR qu'il est dans son intérêt de souscrire une Garantie Individuelle Accident via les licences IRA et FRA pour être couvert en cas de dommages corporels subis sans qu'un responsable puisse être désigné.**

---

**Pour un renouvellement, si vos coordonnées adresse, téléphone et courriel sont inchangées, indiquez seulement vos noms prénoms.  
Ne pas oublier de cocher l'Option Licence que vous choisissez et éventuellement l'Abonnement à Passion Rando**

**L'auto questionnaire sert uniquement à déterminer si vous devez fournir un certificat médical ou l'Attestation de bonne santé.**

**Pour une 1ère inscription: fournir obligatoirement un certificat médical de non contre indication à la randonnée pédestre.**

---

# AUTO-QUESTIONNAIRE DE SANTE

Le certificat médical de absence de contre-indication est exigible seulement tous les 3 ans lors du renouvellement annuel de la licence.

Entre temps, les licenciés doivent répondre à un auto-questionnaire de santé pour décider ou pas de consulter un médecin

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive entre 2 certificats exigés .

## DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :

1 . Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?

OUI       NON

2 . Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?

OUI       NON

3 . Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?

OUI       NON

4 . Avez-vous eu une perte de connaissance ?

OUI       NON

5 . 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 ?

OUI       NON

6 . Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?°

OUI       NON

## A CE JOUR

1- 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 ?

OUI       NON

2 . Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?

OUI       NON

3 . Pensez vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?

OUI       NON

J'ai au moins 1 OUI dans le questionnaire de santé   
Je fournis un certificat médical

J'ai répondu NON à toutes les questions   
Je remplis l'attestation ci-jointe

Mon dernier certificat médical n'est plus valable (+3 ans)   
Je fournis un nouveau certificat médical

Je refuse de répondre à l'auto-questionnaire médical de santé   
Je fournis un certificat médical

**IMPORTANT**

**L'auto-questionnaire de santé est à conserver par l'adhérent, seule  
l'attestation de bonne santé ou le certificat médical est à fournir**

## ATTESTATION DE BONNE SANTE

Si vous avez répondu NON à toutes les questions de l'auto questionnaire de santé document à remplir et à signer et à remettre à un membre du bureau

Je soussigné ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ..

Né (e) le ../../ò .

Demeurant :

Rue ò .

Ville ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò ò

Code Postal-ò ..

**Certifie être en bonne santé à ce jour**

A Å Å Å Å Å Å Å .

Le Å Å Å Å Å Å Å

**Signature**