



# GIVRY RANDONNÉE

Association affiliée à la Fédération  
Française de Randonnée Pédestre



## BULLETIN D'ADHÉSION Saison 2024-2025

1<sup>ère</sup> Inscription

Renouvellement

	NOM	Prénom	Date de naissance
M. / Mme			
M. / Mme			

**Renouvellement : ne pas compléter si vos données inchangées**

Adresse :

Tél portable :

Mail :

En renseignant mon adresse courriel j'accepte la diffusion des informations et des documents de la part de « Givry Randonnée » par messagerie internet.

**Personne à prévenir en cas d'accident (Nom / prénom / téléphone / mail)**

Adhésion Givry Randonnée et Licence FFR	TARIFS
L'adhésion familiale concerne les personnes suivantes : conjoint(e) concubin(e) ou pacsé(e), enfants mineurs ou majeurs de moins de 25 ans fiscalement à charge et vivant sous le même toit que leurs parents. <b>Le montant de l'adhésion à Givry Randonnée est de 10 € par personne inscrite, inclus dans les tarifs ci-dessous.</b>	
Adhésion et licence Individuelle avec Responsabilité civile et Accidents corporels IRA	40,85 €
Adhésion et licence Familiale avec Responsabilité civile et Accidents corporels FRA	81,50 €
Adhésion pour membre d'un autre club FFR (joindre photocopie de la licence)	10 €
Abonnement au magazine « Passion Rando » 4 numéros/an (Facultatif)	10 €
<b>TOTAL = Adhésion et Licence choisie + (Abonnement éventuel)</b>	
<b>Mode de règlement : <u>chèque</u> à l'ordre de Givry Randonnée ou virement</b>	

*Le certificat médical n'est plus obligatoire pour le renouvellement de la licence\*, mais seulement pour la 1<sup>ère</sup> inscription.*

- **Première prise de licence** : fournir un certificat médical de non- contre-indication à la pratique des activités de marche et randonnée.
- **Renouvellement de licence** : Attester ci-dessous d'avoir pris connaissance et renseigné l'auto-questionnaire personnel de santé (celui-ci reste confidentiel. Il doit rester en votre possession et donc ne pas être envoyé à l'association).

Je soussigné(e) M./Mme..... Atteste avoir rempli le questionnaire de santé et avoir :

Répondu NON à toutes les questions

Répondu OUI à une ou plusieurs questions\*

Je soussigné(e) M./Mme..... Atteste avoir rempli le questionnaire de santé et avoir :

Répondu NON à toutes les questions

Répondu OUI à une ou plusieurs questions \*

**\* J'ai répondu OUI, je fournis un certificat médical de non-contre-indication à la pratique des activités de marche et de randonnée**

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

**Bulletin et chèque à envoyer au trésorier (Pascal ALLAIN, 3 Les Crays 71640 Dracy-le-Fort) ou à remettre au président ou à la secrétaire.**

Le

Signature

# AUTO-QUESTIONNAIRE DE SANTE

## **IMPORTANT**

**Ce document est à conserver par l'adhérent, seul le certificat médical est à fournir pour une première inscription ou si vous avez répondu OUI à au moins une question ci-dessous.**

## **DURANT LES 12 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 à la suite d'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