

**FICHE INDIVIDUELLE D'INSCRIPTION**  
**Association de randonnée pédestre « PAR MONTS ET PAR VAUX »**  
**Saison 2023 - 2024**

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code Postal :	Ville :
Date de naissance :	
N° tél :	N° de portable :
e-mail :	
N° de licence : Si vous êtes licenciés(es)FFRP dans un autre club :	

**Pièces à joindre obligatoirement :**

Chèque de 42,00 € comprenant la licence FFRP et l'adhésion à l'association « PAR MONTS ET PAR VAUX »

OU

Chèque de 14,00 € **uniquement l'adhésion à l'association « PAR MONTS ET PAR VAUX »** sans la licence FFRP (fournir la photocopie de la licence valide prise dans un autre club)

Nom du club ou de l'association : .....

Je souhaite m'abonner à « PASSION RANDO MAGAZINE » pour 10,00 € par an.

Déclaration du questionnaire de santé (ci-joint)

Note : accepte le dispositif « sortir » et chèques ANCV.

Fait à ....., le .....

Signature :

<b><u>Contacts :</u></b> Présidente : Cécile TRIBOULT Tél : 02.23.46.05.51. Trésorière : Liliane THOMAS Tél : 06.77.16.60.42	<b><u>Courrier :</u></b> LILIANE THOMAS 21 RUE VICTOR HUGO 35000 RENNES
--	--

## Renouvellement de licence d'une fédération sportive

### Questionnaire de sante « **QS - SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON\*

#### Durant les 12 derniers mois :

OUI

NON

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1) Un membre de votre famille est il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicquée ?                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou Un malaise ?                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 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 ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation Aux allergies)                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

#### A ce jour :

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 7) Ressentez -vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, Articulaire ou musculaire (fracture, entorse, déchirure, tendinite,etc ...) survenu durant les 12 Derniers mois ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive) ?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**\*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié**

### ATTESTATION POUR LES PRATIQUANTS MAJEURS

Je soussigné(ée)

.....  
Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir

répondu NON à toutes les questions : je fournis cette attestation à mon club lors du renouvellement de licence

répondu OUI à une ou plusieurs question(s) : **je fournis un certificat médical de non contre-indication à la pratique de la randonnée pédestre lors de mon renouvellement de licence**

Date :

Signature :