

BULLETIN D'INSCRIPTION RANDONNEE

SAISON 2024/2025

NOM : PRENOM :

Date de Naissance : SEXE : M. : F. :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél fixe : Tél Port. :

mail (bien renseigné) car cette saison la licence vous sera adressée par l'intermédiaire de votre espace personnel « mon compte » sur le site internet de la Fédération Française de randonnée pédestre

COTISATIONS 2024-2025 PAS DE CHEQUES VACANCES

45 € Adhésion ASPTT randonnée + Licence IRA (**Licence obligatoire pour tous les adhérents**)

25 € Adhésion seule ASPTT randonnée si licencié autre club NOM du club :

(Adresser copie de la licence FFRP année en cours) N° de licence :

10 € abonnement revue PASSION Rando (magazine de la FFRP) Oui : non :

Règlement par chèque libellé à l'ordre de l'ASPTT Randonnée

CERTIFICAT MEDICAL de non-contre indication à la pratique de la marche

- **Obligatoire pour toute nouvelle adhésion**

- Je déclare être en bonne condition physique, ne pas suivre de traitement médical pouvant m'interdire la pratique de la marche.
- Je m'engage à être convenablement et suffisamment équipé pour les activités auxquelles je participerai.
- J'autorise l'association à publier des photos dans la presse et sur le site internet du club sur lesquelles j'apparaîtrais.

(Mention "lu et approuvé" DATE et SIGNATURE)

Envoi des documents : le dossier complet et le règlement sont à adresser à : ASPTT 4 rue J. Perrin 28300 Mainvilliers

Consultez régulièrement votre site : <http://chartres-randonnee-pedestre.asptt.com/>

ASPTT CHARTRES section Randonnée pédestre 4, rue Jean Perrin 28300 Mainvilliers 0237215058

Président : Jacky POIRIER 0641311869, Secrétaire : Danièle MORICE 07 83 75 29 36,

Trésorière : Marinette COLIN 06 71 00 88 69 Licences : Nadine GAUDARD 06 79 16 35 26

Email : aspttchartres.rando@orange.fr

Questionnaire de santé "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 DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.		