



**BULLETIN D'ADHESION
AU CLUB DE RANDONNEE PEDESTRE
CHLOROPHYLLE**

Saison 2018 / 2019

Je soussigné(e)

Né(e) le

Adresse

Code postal et ville

Téléphone :

@-mail (*obligatoire*)

ADHESION

RENOUVELLEMENT

Cocher votre choix

. Licence avec responsabilité civile (RC) - **34,00 €** -

. Licence avec responsabilité civile et accidents corporels (RC et AC) – **36,00 €** -

. Licence à un club extérieur (affilié FFR) - **14,50 €** -

(Une attestation ou photocopie de la licence pour l'année en cours - 2018 /2019 - est indispensable et sera demandée à l'inscription)

Je m'abonne à **Passion Rando Magazine** pour **8 €** supplémentaires oui non
(un numéro par trimestre).

Certificat médical

- Pour une nouvelle adhésion, le certificat médical est obligatoire et à fournir à l'inscription,
 - Je suis âgé(e) de plus de 70 ans, le certificat médical est obligatoire tous les ans,
 - Je suis âgé(e) de moins de 70 ans (voir modalités p. 2 et 3).
- } renouvellement

Je m'engage, par ailleurs, à être convenablement équipé(e) pour les activités auxquelles je participe, à suivre et à respecter les règles et consignes de sécurité (*document joint*).

A le
(mention manuscrite : lu et approuvé)

Signature :

DOCUMENT à faire parvenir sous enveloppe accompagné du règlement (à l'ordre du CSB randonnée pédestre **avant le 30 octobre 2018** à : **Pierre JAUNY 13, avenue d'Armorique - 35830 Betton.**

NB : En cas de changement d'adresse ou @mail, n'oubliez pas de prévenir l'association pour recevoir toutes les informations de notre section.

MODALITES DU CERTIFICAT MEDICAL
POUR LES PERSONNES DE – DE 70 ANS

- Votre certificat médical a + de 3 ans, son renouvellement est obligatoire,
- Votre certificat médical a – de 3 ans, vous pouvez répondre au questionnaire de santé.
 - Vous répondez **NON** à toutes les questions du questionnaire, pas de certificat médical à fournir. Vous attestez, datez et signez le bordereau en page 3 et vous le joignez à l'inscription (il n'est pas nécessaire de nous renvoyer le questionnaire).
 - Vous répondez **OUI** à une seule des questions ou vous refusez de répondre au questionnaire, présentez un nouveau certificat médical au jour de la prise de licence.

Questionnaire de santé :

Répondez aux questions suivantes par **OUI** ou par **NON**

Durant les 12 derniers mois

- Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?
 OUI NON
- Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?
 OUI NON
- Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?
 OUI NON
- Avez-vous eu une perte de connaissance ?
 OUI NON
- 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
- Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?
 OUI NON

A ce jour

- 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
- Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?
 OUI NON
- Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?
 OUI NON

✂

ATTESTATION A REMETTRE AU CLUB

Je soussigné M./Mme atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu **NON** à toutes les questions.

Date :

Signature :