



Cormeilles Rando

Demande d'adhésion
Saison 2018-2019



FAMILLE

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Nom | | | | |
| Prénom | | | | |
| Date de Naissance | | | | |
| N° Licence | | | | |
| Certificat Médical | | | | |
| Téléphone Fixe | | | | |
| Téléphone mobile | | | | |
| Courriel | | | | |
| Pratiquez vous régulièrement la marche ? | | | | |
| Quelle distance ? | <input type="checkbox"/> 5km <input type="checkbox"/> 10km <input type="checkbox"/> 15km <input type="checkbox"/> plus | <input type="checkbox"/> 5km <input type="checkbox"/> 10km <input type="checkbox"/> 15km <input type="checkbox"/> plus | <input type="checkbox"/> 5km <input type="checkbox"/> 10km <input type="checkbox"/> 15km <input type="checkbox"/> plus | <input type="checkbox"/> 5km <input type="checkbox"/> 10km <input type="checkbox"/> 15km <input type="checkbox"/> plus |
| Personne à prévenir en cas de problème au cours d'une randonnée | | | | |
| Nom | | | | |
| Prénom | | | | |
| N° téléphone | | | | |

Adresse de la famille N° _____ Rue _____

Code postal _____ Ville _____

Code d'accès à la résidence _____ (pour remettre les licences)

Vos coordonnées pourront être transmises aux autres adhérents.

Les programmes sont disponibles sur le site <http://clubrandocormeilles.fr/> et vous seront communiqués par mail, les informations alertes, annulations sont disponibles sur le site internet.

Adhésion à Cormeilles Rando :

Cotisation INDIVIDUELLE IRA 2018-2019 : 50 € Avec Passion Rando

Cotisation FAMILIALE FRA 2018-2019 : 83 € Avec Passion Rando

Si pas d'abonnement à Passion rando : - 8 €

Libeller le chèque : à l'ordre « **Cormeilles Rando** ».

Obligatoire : Remplir le questionnaire santé et fournir un certificat médical autorisant la pratique de la randonnée pédestre, pour chaque membre inscrit.

Courriel du club : clubrando.cormeilles@free.fr

La licence est valable du 1/09/18 au 31/08/19 - Garanties assurances rattachées valables du 1/09/18 au 31/12/19.

Je déclare avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur, être en bonne condition physique ne m'interdisant pas la marche. Je m'engage à respecter les consignes de sécurité, et à être convenablement équipé.



Le : / / 2018 Lu et approuvé

SIGNATURE :

Dossier complet à retourner : **Cormeilles Rando**

15 square Marie Laurencin, 95240 Cormeilles en Parisis

ou 27 rue du Martray, 95240 Cormeilles en Parisis (après le 30 septembre)

☎ : 07 50 69 36 70

☎ : 06 14 01 96 95

Questionnaire santé-sport

| 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 inexplicée ? | <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. | | |

«Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.»

Le questionnaire médical Santé Sport est obligatoire suite à l'arrêté du 20 avril 2017 publié au JORF du 4 mai 2017 (texte n° 102)

Le certificat médical type de non contre-indication à la pratique de la randonnée pédestre est disponible sur le site du club (à télécharger)