

BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCES Saison 2017-2018

ACCRO RANDO Mairie 47340 Saint Antoine de Ficalba

Formulaire à remplir en lettres capitales

Nom _____ Prénom _____

Sexe M F Date de naissance _____

Adresse _____

CP _____ Ville _____

Tél _____ Mobile _____

E mail@.....

Autres membres de la famille (à remplir uniquement pour les licences FRA et FRAMP)

Nom _____ Prénom _____ né le _____

Nom _____ Prénom _____ né le _____

Nom _____ Prénom _____ né le _____

TARIFS LICENCES (valable 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2018)

LICENCE INDIVIDUELLE type IRA Responsabilité civile et accidents corporels	COTISATION CLUB	TOTAL Sans abonnement	Abonnement 4 numéros « PASSION RANDO » MAGAZINE	TOTAL Avec abonnement
FFRP + CDRP + CRRP 27.00€	13.00 €	40.00 €	+ 6.00 €	46.00 €

LICENCE FAMILIALE type FRA Responsabilité civile et accidents corporels	COTISATION CLUB	TOTAL Sans abonnement	Abonnement 4 numéros « PASSION RANDO » MAGAZINE	TOTAL Avec abonnement
FFRP + CDRP + CRRP 53.80 €	22.20 €	76.00 €	+ 6.00 €	82.00 €

LICENCE MONO PARENTALE type FRAMP Responsabilité civile et accidents corporels	COTISATION CLUB	TOTAL Sans abonnement	Abonnement 4 numéros « PASSION RANDO » MAGAZINE	TOTAL Avec abonnement
FFRP + CDRP + CRRP 30.60 €	12.40 €	43.00 €	+ 6.00 €	49.00 €

J'ai noté que la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 fait obligation aux Associations d'une Fédération sportive d'assurer leur responsabilité civile et celle de leurs adhérents et de délivrer une licence à tous les membres randonneurs. Je déclare être en bonne condition physique, ne pas suivre de traitement médical. Je m'engage à respecter le règlement intérieur consultable sur le site www.accrorando.fr.

Je joins un certificat médical obligatoire attestant mon (ou notre) aptitude à la randonnée pédestre et à la marche nordique.

Ce certificat datant de moins d'un an est exigible lors de la première prise de licence, il est renouvelable tous les trois ans.

Pour les randonneurs de plus de 70 ans, il est renouvelable chaque année.

Fait à.....

Signature

Le.....

Seules les demandes accompagnées du règlement seront prises en considération. Chèque à l'ordre d'ACCRO RANDO

Questionnaire de santé (QS-SPORT)

Préalable à la demande de renouvellement de licence

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical de non contre indication à la marche pour renouveler votre licence

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="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 du 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.) 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"/>

N.B les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Si réponse **NON** à toutes les questions : **Simplement attestez**, avoir répondu **NON** à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence (**attestation ci-dessous à remplir**)

Retournez le coupon **Attestation avec la demande de licence**, conservez le questionnaire

Si réponse **Oui** à une ou plusieurs questions, **fournir un certificat médical**

Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



ATTESTATION

Relative au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive
Joindre seulement ce coupon à la demande de renouvellement de la licence

Je soussigné(e), nom....., prénom

Titulaire d'une licence délivrée par la F.F.R.P pour la saison 2016/2017

Atteste avoir répondu négativement, à l'ensemble des 9 questions figurant sur le questionnaire de santé (QS-SPORT) qui m'a été transmis avec la demande de renouvellement de la licence

Fait-le

Signature :

à