

# BORDEREAU DE DEMANDE DE LICENCES Saison 2018-2019

**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<sup>er</sup> septembre 2018 au 31 août 2019)

| LICENCE INDIVIDUELLE<br>type IRA<br>Responsabilité civile et accidents corporels | COTISATION CLUB | TOTAL Sans abonnement | Abonnement 4 numéros « PASSION RANDO » MAGAZINE | TOTAL Avec abonnement |
|--|-----------------|-----------------------|---|-----------------------|
| FFRP + CDRP + CRRP 28.00€  | 13.00 €         | <b>41.00 €</b>        | + 6.00 €  | <b>47.00 €</b>        |

| LICENCE FAMILIALE<br>type FRA<br>Responsabilité civile et accidents corporels | COTISATION CLUB | TOTAL Sans abonnement | Abonnement 4 numéros « PASSION RANDO » MAGAZINE | TOTAL Avec abonnement |
|---|-----------------|-----------------------|---|-----------------------|
| FFRP + CDRP + CRRP 55.80 €  | 22.20 €         | <b>78.00 €</b>        | + 6.00 €  | <b>84.00 €</b>        |

| LICENCE MONO PARENTALE<br>type FRAMP<br>Responsabilité civile et accidents corporels | COTISATION CLUB | TOTAL Sans abonnement | Abonnement 4 numéros « PASSION RANDO » MAGAZINE | TOTAL Avec abonnement |
|--|-----------------|-----------------------|---|-----------------------|
| FFRP + CDRP + CRRP 31.60 €   | 12.40 €         | <b>44.00 €</b>        | + 6.00 €  | <b>50.00 €</b>        |

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](http://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 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 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 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"/> |
| <b>A ce jour :</b>   |                          |                          |
| 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"/> |
| <b>Découpez et renvoyer l'attestation, pas le questionnaire</b>  |                          |                          |

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

Si avez répondu **NON** à toutes les questions : **Simplement attestez**, selon les modalités prévus par la fédération, avoir répondu **NON** à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la

Si avez répondu **Oui** à une ou plusieurs questions, **certificat médical à fournir**

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 avec 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 2017/2018

Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir

- Répondu **NON** à toutes les questions : je fournis cette attestation à mon club lors de mon renouvellement de licence
- Répondu **OUI** à une ou plusieurs question(s) : je fournis un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive lors de mon renouvellement de licence

Date ..... et signature :