

## BULLETIN D'INSCRIPTION RANDONNEE

### **SAISON 2023/2024**

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 2023-2024

**41 €** 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 2020-2021) 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'apparaîtrai.

(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](mailto: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.<br>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.   |                          |                          |