



**BULLETIN D'ADHESION 2024-2025**  
 Renouvellement  Nouvelle adhésion

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / ..... TEL. : .....

NATIONALITE : .....

ADRESSE : .....

.....

ADRESSE -MAIL : ..... @ .....

*Merci d'écrire lisiblement !*

**AUTRES ADHERENTS DE LA MEME FAMILLE**

NOM et PRENOM : .....

DATE de NAISSANCE : ..... / ..... / .....

NOM et PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....

**Montant de la cotisation :**

- |                              |          |       |
|------------------------------|----------|-------|
| - IR Individuel Achérois *   | 55,00 €  | ..... |
| - IR Individuel non Achérois | 67,00 €  | ..... |
| - FR Couple Achérois         | 98,00 €  | ..... |
| - FR Couple non Achérois     | 120,00 € | ..... |

**Assurance « Accidents Corporels », facultative**

- |                      |        |       |
|----------------------|--------|-------|
| - IRA (Individuelle) | 2,85 € | ..... |
| - FRA (Couple)       | 5,50 € | ..... |

**Abonnement à la revue PASSION RANDO :** 10,00 € .....  
(4 numéros / an)

Règlement par chèque à l'ordre des **Crampons Achérois** **TOTAL** .....

**IMPORTANT : Pensez au Certificat médical ou à l'Attestation**

**AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE**

Je soussigné(e), ..... Autorise / N'autorise pas (*Rayer la mention inutile*)

la publication de photographies ou de films pris au cours des activités organisées par l'association et des manifestations auxquelles elle participe, sur son site internet, son compte Facebook et tous supports jugés utiles pour la promotion de l'association et ce sans aucune compensation. Cette autorisation est valable pour la durée de l'adhésion, elle est révoquée à tout moment par simple courrier adressé au président du club.

Achères, le : / / 2024 **Signature :**

\* Sur cette cotisation, le Club reverse à la FFRP la somme de 28,70 € / personne, au titre de la licence individuelle et de l'Assurance en Responsabilité Civile. La part qui revient aux Crampons Achérois s'élève donc à 26,30 €.

Les adhérents Achérois ou non Achérois dont la boîte aux lettres n'est pas directement accessible par les distributeurs du club (porte protégée par « digicode ») : Frais de courrier en sus de la cotisation = 20,00 €

**Fiche à remettre lors d'une randonnée ou à envoyer à l'adresse ci-dessous :**

**LES CRAMPONS ACHEROIS - 24 rue Gérard Philippe, 78260 ACHERES**

**Renseignements au 01 39 11 40 38**

**E-mail : [jeanfrancois.mavel@orange.fr](mailto:jeanfrancois.mavel@orange.fr)**

# Inscription - Adhésion

## LES CRAMPONS ACHEROIS

### Attestation et Certificat Médical

#### Modalités de fourniture

##### 1. Pour toute première adhésion :

- fournir obligatoirement un certificat médical d'absence de contre-indication (CACI) à la pratique de la Randonnée Pédestre,

##### 2. Pour tout renouvellement de licence :

- fournir l'attestation de réponse au Questionnaire de Santé (document A),  
ou
- un certificat médical d'absence de contre-indication (CACI) à la pratique de la Randonnée Pédestre, si vous avez répondu positivement au « Questionnaire de Santé », document B,

---

Ci-joint en annexe les documents à remplir :

❖ **Document A : Attestation de réponse au questionnaire de santé,**

Ce document est à remettre obligatoirement lors du renouvellement de l'adhésion, dès lors que vous avez répondu négativement aux questions du document B.

❖ **Document B : Questionnaire de Santé « QS Sport »,**

Ce document est à **usage personnel** pour vous aider à répondre aux questions : il ne doit en aucun cas être remis à la demande de renouvellement de l'adhésion.



**ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE  
LORS DE LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE LICENCE**

**(Doit être jointe au Bulletin d'Adhésion)**

Je soussigné M / Mme

.....

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 de la randonnée pédestre lors de mon renouvellement de licence.

\*Rayer la mention inutile

A ..... Le ...../...../.....

Signature

## DOCUMENT B



### QUESTIONNAIRE DE SANTE « QS-SPORT » PREALABLE A LA DEMANDE DE LICENCE (RENOUVELLEMENT)

Ce questionnaire de santé **est personnel**.  
Il permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre licence sportive

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

<b>DURANT LES 12 DERNIERS MOIS :</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
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 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"/>
<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.) survenue 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 REPONDU NON A TOUTES LES QUESTIONS :**

Fournir **obligatoirement** l'Attestation **DOCUMENT A**, selon les modalités prévues par la Fédération,

#### **SI VOUS AVEZ REPONDU OUI A UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS :**

Fournir un **Certificat Médical**,

Consultez votre médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.