



# BULLETIN D'INSCRIPTION 2025-2026

ADHÉSION \*  RENOUELEMENT\*

\*cocher la case correspondante

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

E-mail (lisiblement) \_\_\_\_\_

(Attention - votre adresse e-mail est obligatoire pour recevoir votre licence par voie électronique)

Pour les licences familiales : Personne à rattacher : conjoint(e) – enfants mineurs

NOM - à indiquer sur la licence -	Prénom	Date de naissance	Nationalité

Mail :

Tél :

Tarif des licences avec Responsabilité civile et accidents corporels (Hors compétition) :

LICENCE INDIVIDUELLE (IRA)

RANDONNÉE PÉDESTRE :  42,00 €  RANDONNÉE PÉDESTRE ET MARCHE NORDIQUE :  46,00 €

LICENCE FAMILIALE (FRA)

RANDONNÉE PÉDESTRE :  78,00 €  RANDONNÉE PÉDESTRE ET MARCHE NORDIQUE :  81,00 €

Option : Abonnement au magazine trimestriel FFRP « Rando Passion » 10 € l'année

## IMPORTANT

**PREMIERE PRISE DE LICENCE** ou pour une reprise après une interruption de deux saisons sportives ou plus :

CERTIFICAT MEDICAL obligatoire datant de moins de 6 mois :

**RENOUELEMENT DE LICENCE** sans interruption de pratique :

le(s) licencié(es) doit (doivent) attester avoir pris connaissance du questionnaire de santé :

J'atteste Mr et/ou Mme \_\_\_\_\_ avoir répondu NON en toute honnêteté à toutes les questions.

Répondu OUI à une ou plusieurs question(s) : j'atteste Mr et/ou Mme \_\_\_\_\_ avoir pris connaissance que la commission médicale me (nous) conseille vivement de consulter un médecin sur la poursuite des pratiques concernées (loisirs et/ou compétition) tout en sachant que le certificat médical n'est plus exigé.

**Date et Signature(s)**

Je règle la somme de \_\_\_\_\_  en espèces

par chèque n° \_\_\_\_\_ Banque \_\_\_\_\_ à l'ordre des Randonneurs du Pays d'Artois

Autorise le club à diffuser les photos sur le site RPA **OUI - NON** (rayer la mention inutile)

**Je reconnais avoir reçu le règlement intérieur de l'Association ou savoir que je peux le consulter sur le site et comme indiqué sur celui-ci, m'engage à respecter le code de la route et les consignes de sécurité données par les animateurs.**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Lu et approuvé

**Signature(s)**

Bulletin d'inscription dûment rempli, à remettre avec le règlement aux membres du bureau et pour la marche nordique à Jean Michel B. ou Marie Christine G.



**Sans les documents demandés, la demande de licence ne sera pas faite à la Fédération.**

Les Randonneurs du Pays d'Artois : site internet : randonneursdupaysdartois.fr – mail : rando@randonneursdupaysdartois.fr

CE DOCUMENT N EST PAS A RENDRE



## Renouvellement de licence de la FFRandonnée

### Questionnaire de santé

Ce questionnaire de santé vous permet d'évaluer la nécessité d'une consultation médicale pour poursuivre votre activité.

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON	OUI	NON
<b>Durant les 12 derniers mois</b>		
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) Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Fumez-vous régulièrement (tabac, cannabis, autres drogues) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Consommez-vous régulièrement de l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Souffrez-vous d'une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>À ce jour</b>		
10) 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...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Nous vous conseillons de consulter votre médecin en lui présentant ce questionnaire rempli pour avoir son avis sur la poursuite de votre pratique.