



Fiche d'inscription Saison 2019/2020

<http://randosautron.hautetfort.com>
randosautron@gmail.com

Réservé RPS

Chèque _____ €
Espèces _____ €

Inscription à remettre au plus tard le 31 octobre 2019
Permanence jeudi 26 septembre de 16 h à 18 h à La Maison de la Ferme

Renouvellement adhésion Ré-inscription après interruption 1ère Adhésion

IDENTITE

Mme M NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Date de Naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____

☎ : _____ ☎ : _____

✉ : _____ @ _____ (adresse mail communiquée à la FFRP)

COTISATION

Adhérent au RPS 43,00 € X _____ = _____

Adhérent à un autre club **affilié à la FFRP** 21,00 € X _____ = _____

Nom du club : _____ n° licence : _____

CERTIFICAT MEDICAL joint

ou

ATTESTATION jointe

Date de délivrance : ____ / ____ / 20____

Date attestation : ____ / ____ / 20____

Le certificat médical est obligatoire pour toute première prise de licence.

Dans les autres situations, le certificat médical doit être produit **TOUS LES 3 ANS** et complété dans l'intervalle, par une **ATTESTATION DE REPONSE NEGATIVE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE**.

(Voir [certificat médical.pdf](#) et [annexes](#) sur le blog dans la rubrique « Bureau – Inscriptions »).

ACTIVITES

Merci de cocher les activités pratiquées :

1 fois / semaine : Rando du jeudi Marche Nordique Rando Santé

1 fois / mois : Rando du vendredi Rando du dimanche

SOUHAITEZ-VOUS DEVENIR :

	Oui	Non		Oui	Non
Meneur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animateur marche nordique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baliseur Aménageur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animateur rando santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date et signature de l'adhérent :

Annexe 2 - Modèles d'attestation de réponse au questionnaire de santé
Ce document doit être fourni par le licencié à son club qui le conservera, lors du renouvellement de sa licence.

Attestation pour les pratiquants majeurs :

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 le certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive lors de mon renouvellement de licence.

Date et signature

Attestation pour les pratiquants mineurs :

Je soussigné M/Mme, en ma qualité de représentant légal de, atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire de santé et qu'il/elle a :

Répondu NON à toutes les questions ; je fournis cette attestation à son club lors de son 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 son renouvellement de licence.

Date et signature du représentant légal.

**Annexe 1 - Renouvellement de licence d'une fédération sportive
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*

Durant les 12 derniers mois

- | | | | | |
|---|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <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 ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |

À 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 ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | OUI | <input type="checkbox"/> | NON | <input type="checkbox"/> |

**NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.*

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir. Simplement attestez, selon les modalités prévues par la fédération, avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de renouvellement de la licence.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.