



BULLETIN D'ADHÉSION
1^{er} septembre 2023 au 31
août 2024

www.randonnees76-arrp.com
arrp.76@gmail.com



Adhérent 1

NOM	
PRENOM	
Date de naissance	
Adresse mail (lisible)	
Téléphone	
Adresse	

Adhérent 2 : Les adhésions conjointes doivent être adressées en un seul envoi avec le ou les règlements.

NOM	
PRENOM	
Date de naissance	
Adresse mail (lisible)	
Téléphone	

la situation ne peut être modifiée en cours d'année

VOTRE LICENCE

(L'adhésion à l'association comprend le prix de la cotisation ainsi que de la licence à la Fédération Française de Randonnée Pédestre FFRP qui permet à l'association et à tous les adhérents d'être couverts en responsabilité civile, accidents corporels et assistance dans le cadre de l'activité)

Licence	Cotisation à l'ARRP	Licence FFRP	Total	Nombre	A régler
Licence individuelle IRA	19,00€	28,25	47,25€		
Licence familiale FRA	29,20€	56,30€	85,50€		
Licence Jeune (moins de 26 ans)	10,00€	14,00€	24,00€		
Abonnement facultatif « Rando Magazine »		10,00€			
Total à régler					

Merci de répondre à ces questions :

Le covoiturage vise à permettre au maximum de randonneurs de se retrouver, notamment pour celles et ceux qui ne disposent pas d'un véhicule. Les personnes covoiturées sont invitées à apporter une contribution financière fixée par le covoitreur.

	Adhérent 1	Adhérent 2
Je dispose d'un véhicule	OUI NON	OUI NON
J'accepte de faire partie du groupe WhatsApp pour le covoiturage	OUI NON	OUI NON
J'accepte de figurer sur les photos du site internet de l'ARRP	OUI NON	OUI NON
J'accepte de recevoir par mail les informations de l'ARRP	OUI NON	OUI NON

- Nous nous engageons à respecter les statuts et le règlement de l'association
- Nous avons 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
- Nous nous attacherons à être convenablement équipés et chaussés pour les randonnées

DATE

SIGNATURE

Merci de retourner ce bulletin d'adhésion accompagné

- Lors d'une première inscription, d'un certificat médical de non-contre-indication de la marche et, éventuellement de la marche nordique.
- En cas de renouvellement de votre inscription, de votre attestation de réponse au questionnaire de santé.
- ainsi que de votre règlement, par chèque uniquement, à l'ordre de l'ARRP.

ARRP - BP1216 - 76177 ROUEN cedex

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
Durant les 12 derniers mois		
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"/>
À ce jour		
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.

Attestation pour les pratiquants majeurs

Je, soussigné(e), Mme / M

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.

Si j'ai 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

Attestation pour les pratiquants mineurs

Je, soussigné(e),
Mme /M..... 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 mon club lors de son renouvellement de licence.

Si il/elle a 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