

# ADHESION AUX BALADES ESVRIENNES LICENCE 2024

Quelques nouveautés cette année

Nous vous demandons d'accepter le **règlement intérieur** voté en AG le 2 février 2023.

(sauf article 3 - Certificat médical- dont la réglementation a changé tout récemment)

Il est téléchargeable sur le site des Balades Esvriennes.

<https://www.baladesesvriennes.fr/ressources/Reglement%20interieur%20BE-V1%20du%2004-01-2023.pdf>

En demandant votre adhésion, vous êtes sensé l'accepter dans son intégralité et en particulier ce point précis : pour les anciens adhérents, **la licence doit être renouvelée avant le 31 octobre**

**Nous acceptons bien sûr comme auparavant les nouvelles inscriptions toute l'année.**

Cette demande d'adhésion est au format PDF,

Pour la compléter, vous avez 2 possibilités :

- L'imprimer et la remplir manuellement.
- Le compléter directement sur votre ordinateur, l'imprimer et ensuite la signer manuellement.

Dans les 2 cas, il vous faudra nous adresser ensemble : le bulletin d'adhésion papier, un chèque à l'ordre des Balades Esvriennes et le certificat médical ou l'attestation de santé signée.

à *Pascale RABAU – 12 Rue du Peu – 37320 ESVRES*

**SEULS LES DOSSIERS COMPLETS SERONT PRIS EN COMPTE**

Votre licence vous sera envoyée directement par mail dans un délai d'un mois environ par la FFRP.

Je vous rappelle que le certificat médical n'est plus obligatoire si vous avez répondu non à toutes les questions du questionnaire santé joint.

# ADHESION AUX BALADES ESVRIENNES

## LICENCE 2024

Je soussigné (e)

Né(e) le

Adresse

N° de tél.  N° de portable

E-Mail

demande à adhérer à l'association pour l'année **2024**

**Attention:** Pour un renouvellement, si changement de coordonnées cocher la case

**\*\* adhésion familiale :** 2 personnes vivant sous le même toit et leur(s) enfant(s) et petit(s) enfant(s) mineur(s)

Inscrire ci-dessous : nom, prénom et date de naissance de chacun des membres de la famille à licencier :

**Personne 2**

**Personne 3**

### FORMULE DE LICENCE CHOISIE

<b>Sans option Pratique de la Marche Nordique ou rando santé</b>			<b>Avec l'option pratique de Marche Nordique ou rando santé</b>					
<input type="checkbox"/>	<b>Individuel</b>	43,25	<input type="checkbox"/>	<b>Individuel</b>	53,25	<input type="checkbox"/>	<b>Famille</b> avec 1 seul pratiquant MN ou santé	96,30
<input type="checkbox"/>	<b>Famille</b>	86,30	<input type="checkbox"/>				<b>Famille</b> avec 2 pratiquants MN ou santé	106,30

**En option :** abonnement annuel Passion Rando Magazine +10 €

Je m'engage à respecter les statuts de l'association et accepte le règlement intérieur voté en AG le 2 février 2023..

Date

Signature

CERTIFICAT MEDICAL JOINT obligatoire pour la 1ère adhésion

### ATTESTATION SANTE

ATTESTATION: Je soussigné .....  
 Atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT  
 Cerfa N° 15699\*01 joint et avoir répondu NON à l'ensemble des rubriques:

Signature adhérent 1	Signature adhérent 2
----------------------	----------------------

**Merci d'adresser ensemble cette fiche d'adhésion, le certificat médical ou l'attestation signée ainsi qu'un chèque établi à l'ordre des Balades Esvriennes**

à **Pascale RABAU – 12 Rue du Peu – 37320 ESVRES**

Ce questionnaire de santé ne doit pas nous être retourné. Il doit servir de guide pour évaluer votre santé et remplir l'attestation santé.



## 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.