

Formulaire adhésion Licence Comité

Saison 2018-2019

Titre d'adhésion et d'implication dans la vie du Comité Départemental de Randonnée Pédestre (CDRP13). Cette licence, **individuelle ou familiale** (conjoint-concubin et enfant de moins de 25 ans), permet de prendre part à la vie du Comité Départemental de la Randonnée Pédestre des Bouches-du-Rhône (CDRP13) et être représenté avec droit de vote lors de l'Assemblée Générale. Délivrée par le CDRP13 sous format papier au **tarif individuel de 36€ et de 70.80€ en formule familiale** (sans l'abonnement Passion Rando et avec 1€ de surcotisation départementale).

La licence Comité est :

- **Valable sur la saison sportive** soit du 1^{er} septembre au 31 août de l'année suivante (assurance valable jusqu'au 31 décembre).
- **Soumise à la réglementation du certificat médical** tous les 3 ans, du questionnaire et de l'attestation de santé.

Elle permet aussi :

- **D'être couvert** en Responsabilité Civile et Accidents Corporel (IRA).
- De **soutenir les actions de la FFRandonnée**, actions entreprises par des centaines de bénévoles : entretien, balisage, création de sentiers, édition des Topoguides® etc...
- Des **avantages chez les partenaires FFRandonnée** (voyage, hébergement, équipement).
- Un **accès aux séjours du CDRP13** et à **toutes les formations FFRandonnée** (animateurs, Marche Nordique, Longe-Côte, Montagne été-hiver, balisage, collecte numérique etc.).

Pour l'obtenir il faut :

- **Remplir le formulaire** ci-dessous correspondant à votre choix (individuelle ou familiale), le renvoyer à l'adresse postale : CDRP13 21 avenue de Mazargues 13008 Marseille
- **Joindre un chèque** du montant correspondant à l'ordre du CDRP13
- **Joindre un certificat médical** sauf si envoyé l'année précédente **(1 par personne)**
- **Si certificat envoyé l'année précédente**, remplir le questionnaire et le conserver **(1 par personne)**
- **Remplir l'attestation et l'envoyer dans le courrier** **(1 par personne)**

Tout dossier incomplet sera mis en attente

Formulaire d'adhésion individuelle

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Téléphone :

Adresse mail * :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Numéro de licence ou Randocarte® 2017-2018 :

Tarifs : 36€ sans abonnement Rando Passion

44€ avec abonnement Rando Passion

OU

Formulaire d'adhésion familiale

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Téléphone :

Adresse mail * :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Numéro de licence ou Randocarte® 2017-2018 :

Tarifs : 70.80€ sans abonnement Rando Passion

78.80€ avec abonnement Rando Passion

* adresse mail indispensable pour bénéficier des avantages de la FFRandonnée (formation, déclaration accident, avantages partenaires, achat boutique, etc.)

Personnes rattachées à la Licence Familiale :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse mail (différente de la personne principale) * :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse mail * (différente de la personne principale) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse mail * (différente de la personne principale) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse mail * (différente de la personne principale) :

* adresse mail indispensable pour bénéficier des avantages de la FFRandonnée (formation, déclaration accident, avantages partenaires, achat boutique, etc.)

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ « QS-SPORT » PRÉALABLE À LA DEMANDE DE LICENCE (renouvellement)

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 :	OUI	NON
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"/>
À CE JOUR :	OUI	NON
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 durant 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 RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS ET QUE VOUS AVIEZ FOURNI UN CERTIFICAT MÉDICAL EN 16/17 :

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.

A remplir et
à me renvoyer



ATTESTATION DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE DE SANTE LORS DE LA DEMANDE DE RENOUVELLEMENT DE 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 [Prénom NOM], 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.

*Rayer la mention inutile

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

Signature :