 

# ASSOCIATION

**MARCHE ET DECOUVERTE DE L’HESDINOIS**

**Association loi de 1901. Siège: Mairie, Place d’Armes 62140 HESDIN**

BULLETIN D’ADHESION POUR L’ANNEE 2022

Pour nous faciliter la tâche merci de remplir toutes les cases ci-dessous :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
|   |  |  |  |  |
| Prénom |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Date de naissance |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Adresse complète | Rue : |  |
|  |  | Ville : |  |  |
| Numéro de téléphone |  |  |
|  | Adresse mail (bien lisible svp) |  |  |  |

 Par votre licence F.F.R.P. notre association vous assure individuellement en responsabilité civile et accidents corporels.

Pour 2022 vous ne règlerez que la licence de la F.F.R.P. qui s’élève à **29 euros**. A titre tout à fait exceptionnel, nous vous offrons, cette année, la cotisation au club.

Si vous décidez de prendre votre licence dans un autre club, l’adhésion à notre association sera de **10 euros**, dans ce cas, nous communiquer :

le nom du club et sa localisation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 et votre numéro de licence : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Suite à la loi n°2016-41 du 26/01/2016 le certificat médical est géré comme demandé ci-dessous

**S’il s’agit d’une première adhésion à notre association**

**Si votre dernier certificat médical, fourni, a plus de 3 ans**

**Si vous ne voulez pas remplir le questionnaire ci-dessous pour raison de confidentialité**

**Vous devez fournir un certificat médical daté de moins d’un an. (**ne remplissez pas le questionnaire santé ci-dessous).

**Les Certificats Médicaux sont valables 3 ans**

Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.

Répondez, obligatoirement, à toutes les questions suivantes par **OUI** ou par **NON**

**Questionnaire santé**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Durant les 12 derniers mois** | oui | non |
| 1 / un membre de votre famille est-il décédé subitement d’une cause cardiaque ou inexpliquée ? |  |  |
| 2/ avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ? |  |  |
| 3/ avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? |  |  |
| 4/ avez-vous eu une perte de connaissance ? |  |  |
| 5/ si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l’accord du médecin ? |  |  |
| 6/ avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors désensibilisation aux allergies) ? |  |  |
| **A ce jour** |  |  |
| 7/ ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, déchirure, etc..)survenu durant les 12 derniers mois ? |  |  |
| 8/ votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? |  |  |
| 9/ pensez vous avoir besoin d’un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive |  |  |
| **SI « OUI » à une seule des réponses, vous devez fournir un certificat médical** |  |  |

J’adhère au club Marche et Découverte de l’Hesdinois .

J’ai lu et m’engage à respecter les «Règles de bonne conduite » consignées sur la feuille jointe au bulletin d’adhésion .

Je ne me livrerai à aucun acte qui pourrait porter préjudice à l’association en engageant sa responsabilité.

J’atteste

avoir renseigné le questionnaire de santé et avoir répondu **NON** à toutes questions

 avoir fourni un certificat médical si le précédent a plus de 3 ans ou si avoir répondu **OUI** à au moins une des questions ci-dessus.

A Le Signature

 Précédée de la mention Lu et approuvée

Joindre, s’il vous plait,

- un chèque à l’ordre de Marche et Découverte

d’un montant de **29**  ou **10** euros

*(barrer les mentions inutiles)*

- la feuille « règles de bonne conduite » signée

IPNS